



**HAL**  
open science

## Le juge face aux violences obstétricales : une prise en compte en demi-teinte

Adélie Cuneo, Laurence Warin

### ► To cite this version:

Adélie Cuneo, Laurence Warin. Le juge face aux violences obstétricales : une prise en compte en demi-teinte. *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2023, 37. hal-04199193

**HAL Id: hal-04199193**

**<https://hal.science/hal-04199193>**

Submitted on 8 Sep 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Les violences obstétricales et gynécologiques : l'appréhension par le droit en France et à l'étranger

### Le juge face aux violences obstétricales : une prise en compte en demi-teinte

#### Adélie Cuneo

Juriste à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S1145, Université Paris Cité.

#### Laurence Warin

Docteure en droit public, membre associée de l'Institut Droit et Santé Inserm UMR\_S1145 et du Centre Maurice Hauriou pour la recherche en droit public, Université Paris Cité.

#### Résumé

Cet article propose une analyse des jurisprudences récentes rendues par le juge administratif et le juge judiciaire sur la question des violences obstétricales, avec une attention particulière sur la question de la qualification des fautes et l'indemnisation des préjudices. Les difficultés soulevées dans les cas étudiés montrent que le positionnement des juges sur les violences obstétricales est encore timide. En effet, un fort contraste apparaît entre l'appréhension extensive des violences obstétricales par certaines institutions et la vision restrictive que le juge peut en avoir, dans les rares cas où il s'y intéresse.

#### Abstract

This article gives an analysis of recent case law handed down by the administrative and judicial courts on the issue of obstetric violence, with a particular focus on the question of fault and damages. The difficulties raised in the cases studied show that judges' position on obstetric violence is still cautious. In fact, there is a sharp contrast between the extensive understanding of obstetric violence by certain institutions and the restrictive vision that judges may have of it, in the rare cases where they take an interest in it.

Depuis près de dix ans, la question des « violences obstétricales » est sur le devant de la scène, au niveau national comme international, grâce aux médias et aux réseaux sociaux<sup>1</sup> dans un premier temps, puis aux institutions.

En 2014 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a ainsi dénoncé les traitements non-respectueux et abusifs dont peuvent être victimes les femmes lors de leur accouchement<sup>2</sup>. En 2018, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) a publié un rapport sur le sujet, indiquant que, selon lui, « *les violences obstétricales sont les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi obstétrical des femmes*<sup>3</sup> ». En 2019, la Commission sur l'égalité et la non-discrimination du Conseil de l'Europe s'est également saisie de la question<sup>4</sup>. En 2023, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) a rendu un avis sur le consentement et le respect de la

1 - Cf. le blog de M.-H. Lahaye, [www.marieaccouchela.net](http://www.marieaccouchela.net) depuis 2013 ; #payetonuterus en 2014.

2 - World Health Organization, « *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth* », 2015.

3 - Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*, Rapport n° 2018-06-26-SAN-034, 26/06/2018.

4 - Conseil de l'Europe, Résolution n° 2306, « Violences obstétricales et gynécologiques », 03/10/2019.

personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité<sup>5</sup>.

Néanmoins, la prise en compte spécifique de ces violences par le droit en est encore à ses balbutiements : début 2023, certes, ont été enregistrées des propositions de lois « visant à renforcer un suivi gynécologique et obstétrical bien-traitant » et « visant à reconnaître et sanctionner les violences obstétricales et gynécologiques et à lutter contre ces violences faites aux femmes » qui introduisent notamment dans le code pénal un article relatif aux violences obstétricales<sup>6</sup>, mais le dispositif envisagé ne semble pas satisfaisant pour appréhender les multiples enjeux de ces violences.

En réalité, il semble qu'une réflexion terminologique soit encore nécessaire avant d'adopter une politique publique sur cette question. En effet, le terme de « violences », loin de faire l'unanimité au sein du corps médical<sup>7</sup>, est au cœur du débat, contribuant, d'une certaine manière à ce que seuls les cas les plus graves soient pris en compte, tandis que d'autres, jugés de moindre importance, resteraient potentiellement sous les radars. On note d'ailleurs que les juges n'utilisent pas cette terminologie<sup>8</sup>.

Avec quelques 700 000 naissances par an en France<sup>9</sup>, l'enjeu est de taille et la perplexité l'est d'autant lorsque l'on se penche sur la façon dont le juge appréhende ces situations. En effet, quand l'on s'intéresse à la jurisprudence de ces dernières années – depuis que le concept de « violences obstétricales » s'est clairement dégagé en France en 2014 – on s'aperçoit que très peu de décisions concernent des cas de violences (ou d'absence de « bientraitance ») subies par des parturientes ou des femmes enceintes à l'occasion de leur prise en charge.

Cette faible présence des violences obstétricales dans le contentieux administratif comme judiciaire, même récent, s'explique sans doute par le fait que, comme le souligne Anne Evrard, co-présidente du Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance (CIANE), la procédure devant le juge est longue et coûteuse - tant sur le plan financier que psychologique<sup>10</sup> - et donc conseillée seulement dans les cas les plus graves. Selon elle, « *peu de personnes veulent se lancer dans une action en justice : les femmes arrivent dans un état dégradé sur le plan psychique et physique, épuisées par la parentalité, rarement accompagnées par leur conjoint(e) et puis il faudrait qu'elles se lancent dans une procédure difficile, longue et coûteuse...* »<sup>11</sup>. Le nombre restreint d'actions en justice pourrait aussi être dû en partie à l'idée persistante selon laquelle, lors de la naissance, si le bébé est en bonne santé, alors, la mère l'est aussi ou du moins n'est pas légitime à se plaindre puisque « *rendez-vous compte de la chance que vous avez d'avoir un nouveau-né bien portant* »<sup>12</sup>. Il ressort en effet des témoignages et des jurisprudences que dans la plupart des affaires portées devant les tribunaux, l'enfant est également victime : les décisions dans lesquelles seule la mère est meurtrie sont rares.

Il n'y a pas de définition arrêtée pour le moment mais il est possible grâce aux différents travaux sur le sujet de dégager certains critères, permettant d'aboutir à une définition qui pourrait faire consensus, comme celle proposée par Monsieur Lagoutte, qui conçoit les violences obstétricales et gynécologiques comme des « *actions aussi bien que*

5 - Comité consultatif national d'éthique, Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité, Avis n°142, 16/02/2023.

6 - Sénat, Proposition de loi visant à renforcer un suivi gynécologique et obstétrical bien-traitant, n°238, 12/01/2023 et Assemblée nationale, Proposition de loi visant à reconnaître et sanctionner les violences obstétricales et gynécologiques et à lutter contre ces violences faites aux femmes, n° 982, 21/03/2023.

7 - L'Académie de médecine propose d'ailleurs de parler de « *comportements inappropriés* » (Académie de médecine, Rapport « De la bientraitance en obstétrique – la réalité du fonctionnement des maternités », 2018).

8 - La seule jurisprudence trouvée où l'expression de « *violences obstétricales et gynécologiques* » apparaît est un arrêt du Tribunal administratif de Cergy-Pontoise de 2022. Cette affaire portait sur la suspension d'un praticien hospitalier sur le fondement de l'article L6143-7 du Code de la Santé Publique. Des faits de violence verbale et physique lui étaient reprochés, envers l'équipe médicale et les patients, notamment en matière d'obstétrique mais pas seulement. Les violences obstétricales et gynécologiques sont ici un élément parmi d'autres et n'apparaissent qu'une fois et de façon non détaillée. Néanmoins, le juge, sur la base des nombreux témoignages, retient que la décision de suspension attaquée n'est fondée ni sur une inexactitude matérielle des faits, ni sur une erreur d'appréciation. Le juge affirme que « *les faits ainsi reprochés, qui doivent être dès lors tenus pour établis, sont de nature à mettre en péril tant la continuité du service que la santé mentale des patients* ». La requête du professionnel de santé est rejetée (TA Cergy-Pontoise, 29/09/2022, n°1909718).

9 - [www.insee.fr](http://www.insee.fr).

10 - Néanmoins, soulignons que l'épuisement lié à la période post-partum n'est pas la seule raison expliquant le renoncement au dépôt de plainte et à l'ouverture d'une procédure devant le juge puisque les violences gynécologiques (et non obstétricales) font elles aussi l'objet de peu d'actions et émergent lentement dans la sphère publique et académique (V. Rozée, C. Schantz, « Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique », 2021, n° 5, Vol. 33).

11 - A. Evrard, « Violences gynécologiques obstétricales : une justice au forceps », Délibérée, 2021, Vol. 2, n° 13.

12 - M. Déchalotte, *Le livre noir de la gynécologie*, Pocket, 2019, 672 p.

des abstentions ou des paroles, pouvant porter atteinte à l'intégrité physique, sexuelle ou morale d'une femme ayant la qualité de patiente d'un suivi obstétrical ou gynécologique<sup>13</sup> ». Malgré une absence de définition précise des « violences obstétricales », il est possible d'identifier différents actes et comportements correspondant à cette notion, tels que les césariennes à vif, le « point du mari »<sup>14</sup> - dénoncé très largement depuis 2014<sup>15</sup> - ou encore l'expression abdominale<sup>16</sup>. Certains d'entre eux, même en l'absence de législation spécifique, semblent pouvoir faire l'objet d'une qualification juridique.

Cet article s'efforcera de montrer dans quelles mesures le droit positif peut permettre aux juges de reconnaître, condamner et indemniser les violences obstétricales. Puisque, rappelons-le, « *les professionnels de santé [...] ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute* »<sup>17</sup>, pour que la violence obstétricale donne lieu à une indemnisation, encore faut-il que soient qualifiés, d'une part, une faute (I) et, d'autre part, un préjudice (II) qui découle de cette faute.

## I. Une qualification juridique complexe des fautes à l'origine des violences obstétricales

Les violences obstétricales recouvrent une réalité très diverse avec notamment des cas de violences physiques mais aussi des cas, plus subtiles, où l'on constate ce que la doctrine qualifie de « *faute d'humanisme* ». En effet, on peut noter que si le contentieux en obstétrique porte essentiellement sur la « *faute classique* », celle centrée sur le soin et le « *cure* », en réalité, « *l'appréhension des violences obstétricales pourrait trouver un écho particulier dans l'engagement de responsabilité sur le fondement de la faute dite d'humanisme, autour du « care »* »<sup>18</sup>.

### A. Les violences obstétricales dans le cadre du « *cure* » : la faute dans l'acte de soin

La faute dans l'acte de soin peut se manifester, notamment, par la pratique d'une expression abdominale ou par une mauvaise prise en compte de la douleur.

#### 1. L'expression abdominale

Si nombre de fautes techniques et de manquements au respect des règles de l'art peuvent survenir durant l'accouchement, nous nous intéresserons uniquement à l'expression abdominale, celle-ci étant largement dénoncée en tant que violence obstétricale.

L'expression abdominale, pratique proscrite par la Haute autorité de santé (HAS) depuis 2007<sup>19</sup> et qualifiée de « *faute technique* » et de « *faute professionnelle grave* » par le président du Collège national des gynécologues et obstétriciens, a toujours lieu dans certaines salles de travail. La violence de l'acte et la gravité de ses conséquences - celles-ci pouvant aller de l'ecchymose abdominale à la rupture utérine en passant par les fractures de côtes et les lésions périnéales - expliquent sans doute l'existence d'un contentieux sur le sujet légèrement supérieur à celui relatif aux autres comportements et pratiques constitutifs de violences obstétricales. Cependant, la position des juges semble moins radicale que celle du Collège national des gynécologues obstétriciens : non seulement l'expression abdominale n'est pas systématiquement qualifiée de fautive mais de surcroît, même quand elle l'est, elle n'est pas toujours reconnue comme cause des dommages subis par la femme.

Ainsi, par exemple, dans un arrêt rendu en 2020 par la cour administrative d'appel de Paris<sup>20</sup>, le juge a conclu à

13 - J. Lagoutte, « La difficile rencontre des VOG et du droit privé », Revue de la recherche juridique, 2019-1.

14 - Le point du mari est une mutilation génitale qui est pratiquée à l'insu des femmes après leur accouchement avec épisiotomie, consistant en un point de suture supplémentaire sur le périnée, afin de resserrer le diamètre d'entrée du vagin et d'augmenter ainsi le plaisir sexuel du mari lors de rapports sexuels vaginaux.

15 - Le 21 mars 2014 sur le blog d'Isabelle Alonso, ayant elle-même repris un article de la sage-femme et romancière Agnès Ledig.

16 - L'expression abdominale consiste en l'application d'une pression sur le fond de l'utérus avec l'intention spécifique de raccourcir la deuxième phase de l'accouchement, période allant de la dilatation complète du col de l'utérus à la naissance de l'enfant par les voies naturelles.

17 - Article L.1142-1 CSP.

18 - D. Roman, C. Lantero, « L'obstétrique et le juge administratif : au-delà de l'accident », RFDA 2022, n° 4, p. 743.

19 - Haute Autorité de Santé, Recommandations professionnelles « L'expression abdominale durant la seconde phase de l'accouchement », 2007.

20 - CAA de Paris, 3<sup>ème</sup> ch., 23/06/2020, n° 17PA03179.

l'entière responsabilité du centre hospitalier pour les préjudices résultant de la succession de gestes médicaux<sup>21</sup> subis par l'enfant mais n'a pas retenu l'expression utérine comme une faute ayant entraîné un préjudice pour la mère. De la même manière, le juge judiciaire écarte l'indemnisation des préjudices découlant de la pratique de l'expression abdominale au motif que le lien entre ladite pratique et les fractures des côtes n'était pas certain<sup>22</sup>, et ce même lorsque l'accouchement litigieux est postérieur aux recommandations de la HAS prohibant cette pratique<sup>23</sup>.

En revanche, dans d'autres affaires, les juges ont statué en faveur de la femme victime d'expression abdominale. Tel est le cas dans celle jugée par la cour administrative d'appel de Bordeaux le 3 novembre 2020<sup>24</sup>, dans laquelle le juge avait estimé que l'expression abdominale imposée à la patiente engageait la responsabilité pour faute du centre hospitalier, ou dans celle jugée par la Cour d'appel de Douai le 29 septembre 2022<sup>25</sup>, où le juge reconnaît la responsabilité du médecin ayant pratiqué une expression abdominale ainsi que les préjudices en découlant pour la patiente.

## 2. La prise en compte de la douleur

En vertu de l'article L.1110-5 CSP, « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir [...] le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées* » et, en vertu de l'article R.4127-37, « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement* ».

La prise en charge de la douleur est un réel enjeu de santé publique et le domaine de l'obstétrique ne fait pas exception, la HAS<sup>26</sup> formulant nombre de recommandations s'agissant de la prise en compte et de la prise en charge (médicamenteuse ou non) de la douleur endurée par la femme qui accouche. En outre, depuis 2019, le refus de pratiquer une péridurale à une parturiente en faisant la demande est considéré comme une violence obstétricale par le Conseil de l'Europe<sup>27</sup>. Il ressort pourtant de l'enquête nationale périnatale de 2021 de Santé publique France<sup>28</sup> que les parturientes indiquant avoir ressenti des « *douleurs insupportables* » sont encore nombreuses. Selon ladite enquête, si 90 % des femmes se disent satisfaites de la prise en charge de la douleur, environ 30 % des femmes ayant accouché par voie basse<sup>29</sup>, 10 %<sup>30</sup> des femmes ayant eu une césarienne et 9 % des femmes ayant eu des points de suture à la suite d'une épisiotomie ou d'une déchirure déclarent avoir subi de telles douleurs.

Si l'efficacité relative de la péridurale<sup>31</sup> n'est pas réellement source de contentieux, il en va autrement pour les insuffisances d'anesthésie les plus graves, celles dans lesquelles la femme est atteinte dans sa chair. Il s'agit des cas de suture d'épisiotomie sans anesthésie (ou avec une anesthésie insuffisante) et des cas d'insuffisance ou de défaut d'anesthésie locorégionale en cas de césarienne, dénoncée par les associations telles que le CIANE sous l'appellation de « *césarienne à vif* » mais aussi par le corps médical via des préconisations scientifiques en la matière<sup>32</sup>.

21 - La parturiente avait subi une déchirure, une épisiotomie et une expression abdominale avant que l'enfant fasse l'objet d'une extraction instrumentale (forceps) compliquée par une dystocie des épaules.

22 - CA Nîmes, 1<sup>er</sup> ch. civile, 07/09/2017, n° 15/02878 : la patiente ressent, à l'issue de son accouchement, de violentes douleurs abdominales causées par des fractures costales. Elle demande une indemnisation au titre de son préjudice moral et des souffrances endurées. Le juge rejette sa demande d'indemnisation des préjudices causés par le recours à l'expression abdominale au motif qu'il n'y aura pas de certitude quant au lien entre le dommage et l'acte litigieux.

23 - Déjà avant la recommandation de la HAS de 2007, certains médecins soulignaient le caractère dangereux de l'expression abdominale tandis que 2 mois après leur accouchement afin de recueillir des informations sur leur santé et celle de leur(s) nouveau-né(s). Elle est sous la responsabilité de l'Inserm, en collaboration avec Santé publique France, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, la Direction Générale de la Santé et la Direction Générale de l'Offre de Soins. L'ENP-DROM est sous la responsabilité de Santé publique France, conjointement avec les Agences régionales de santé des DROM.

24 - CAA Bordeaux, 03/11/2020, n° 18BX02473.

25 - CA Douai, 29/09/2022, n° 21/02397.

26 - HAS « *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales* », 2018.

27 - Conseil de l'Europe, Résolution n° 2306, 03/10/2019.

28 - L'enquête nationale périnatale (ENP) 2021 est une enquête menée auprès d'environ 15 000 femmes venant d'accoucher en maternité, puis 2 mois après leur accouchement afin de recueillir des informations sur leur santé et celle de leur(s) nouveau-né(s). Elle est sous la responsabilité de l'Inserm, en collaboration avec Santé publique France, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, la Direction Générale de la Santé et la Direction Générale de l'Offre de Soins. L'ENP-DROM est sous la responsabilité de Santé publique France, conjointement avec les Agences régionales de santé des DROM.

29 - 29,7% en cas de voie basse spontanée et 37,8% en cas de voie basse avec extraction instrumentale.

30 - 10,4% en début de césarienne et 7,7% juste après la sortie du bébé.

31 - 19,6% des femmes considèrent que la péridurale était « *peu ou partiellement efficace* » et 3,6% « *totalement inefficace* » (Enquête nationale périnatale 2021).

32 - Club d'anesthésie Réanimation obstétricale (CARO), Insuffisance d'analgésie et césarienne - Préconisation, 2021.

Sur cette question, le juge civil, par exemple, s'est prononcé sur la responsabilité d'un anesthésiste ayant laissé débiter une césarienne alors qu'il avait constaté que « *sa péridurale n'était pas efficace* », conduisant la patiente à « *ressentir une douleur insupportable imposant une contention des bras par l'anesthésiste pendant la première phase de la césarienne*<sup>33</sup> » ou encore a condamné, sur le fondement des articles L.1110-5 et L.1142-1 du Code de la santé publique, un anesthésiste et un obstétricien pour avoir, pour le premier, « *autorisé l'incision alors même que l'efficacité de la rachianesthésie n'était pas acquise* » et, pour le second « *opér[é] sans s'assurer de la qualité de l'anesthésie*<sup>34</sup> ». Très récemment, le juge administratif a rendu une décision sur cette question et a retenu une faute de l'établissement hospitalier en raison d'une césarienne pratiquée en urgence sans anesthésie - toutefois, sans aller dans les détails des conditions exactes de cet acte<sup>35</sup>. De même, en raison d'un refus d'anesthésie péridurale, le juge administratif<sup>36</sup> a retenu une faute dans l'organisation du service engageant la responsabilité du groupe hospitalier, ce refus ayant entraîné un état d'agitation et de très fortes douleurs chez la patiente, ce qui a rendu la manœuvre d'extraction particulièrement difficile.

Les problèmes d'anesthésie au moment de la suture d'une déchirure ou d'une épisiotomie, pourtant fréquents, n'ont quant à eux pas donné lieu récemment à des décisions de justice. Un problème qui est peut-être laissé aux juridictions disciplinaires ou pour lesquelles les femmes renoncent à agir.

Dans la majorité des cas, les souffrances liées à des problèmes d'anesthésie - que ce soit dans le cadre d'un accouchement par voie basse ou par césarienne - sont imputables au produit lui-même ou à son utilisation et sont donc indépendantes de la volonté des soignants. Il peut néanmoins arriver que de telles souffrances soient causées par de la négligence, comme dans les cas précités, ou bien par la seule volonté du praticien qui, en ce cas, comme l'indique le juge dans une décision de la Cour d'appel d'Aix en Provence du 26 février 2006<sup>37</sup>, « *[comment] une faute professionnelle en manquant à son devoir d'humanisme* ».

### **B. Les violences obstétricales dans le cadre du « care » : la faute d'humanisme**

La violation des droits des patientes en matière d'information et de consentement tout comme le défaut d'empathie peuvent conduire à la reconnaissance d'une faute d'humanisme.

#### **1. Le problème de l'information et du consentement**

En droit médical, la reconnaissance d'une faute d'humanisme semble délicate<sup>38</sup> et, bien entendu, l'obstétrique ne fait pas exception. Cette « *faute d'humanisme* » est complexe et recouvre des comportements variés, parmi lesquels le non-respect du droit de la patiente à être informée et à consentir.

Rappelons en effet que le législateur confère au patient un droit à l'information<sup>39</sup>, auquel s'ajoute l'obligation pour le médecin d'apporter au patient une « *information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension*<sup>40</sup> ». L'étude de la jurisprudence relative aux violences obstétricales permet de se rendre compte que la majeure partie du contentieux concerne le non-respect du droit à l'information.

33 - E. Lopard et H. Bouaziz, « Conséquences médico-légales des défauts d'anesthésie locorégionale pour césarienne », Douleur analg, 2016, n°29.

34 - *ibid.*

35 - CAA Paris, 3<sup>ème</sup> ch., 10/05/2023, n° 21PA06326.

36 - CAA Douai, 2<sup>ème</sup> ch., 29/11/2022, n° 20DA00016.

37 - CA Aix-en-Provence, 28/02/2006, n° 2006/ Rôle n° 03/04942.

38 - La décision de la Cour administrative d'appel de Nancy (CAA de Nancy, 3<sup>ème</sup> ch., 05/08/2016, n° 15NC00922) témoigne de la réticence du juge à appréhender le devoir d'humanisme du professionnel de santé. Cette affaire ne concerne pas un cas obstétrical mais elle nous en apprend sur la façon dont la cour aborde ce devoir, ce qui inclut d'ailleurs une mise entre guillemets assez étonnante à chaque fois qu'elle l'évoque dans sa décision. En l'espèce, le requérant, à la suite de sa prise en charge dans un centre hospitalier, avait cherché à engager la responsabilité du centre en invoquant notamment, à l'encontre du médecin, un manquement à son devoir d'humanisme. Le juge ne semble pas distinguer la faute d'humanisme du reste des allégations. Il retient que les soins nécessités par l'état du requérant lui ont été prodigués et que plusieurs examens ont été prescrits et réalisés, aucun élément du dossier ne permettant de remettre en cause la pertinence ou la façon dont ont été réalisés ces soins. Compte tenu de ces circonstances, le juge en déduit que le requérant ne peut sérieusement soutenir que les médecins du centre hospitalier auraient manqué à leur « *devoir d'humanisme* » et se seraient désintéressés de sa situation. Il semble qu'un comportement humainement acceptable soit alors présumé par le juge, dès lors que les soins médicaux nécessaires ont été administrés. La requête est rejetée.

39 - Article L.1111-2 CSP : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* ».

40 - Article R.4127-35 CSP.



L'accouchement, qu'il ait lieu par césarienne ou par voie basse, entre dans le champ d'application de l'article L.1111-2 du Code de la santé publique<sup>41</sup>. En effet, depuis 2016<sup>42</sup> pour les juridictions administratives et 2019<sup>43</sup> pour les juridictions judiciaires, « *la circonstance que l'accouchement par voie basse constitue un événement naturel et non un acte médical ne dispense pas les médecins de l'obligation de porter, le cas échéant, à la connaissance de la femme enceinte les risques qu'il est susceptible de présenter eu égard notamment à son état de santé, à celui du fœtus ou à ses antécédents médicaux, et les moyens de les prévenir* ». Ainsi l'information relative aux risques encourus est-elle due, quelles que soient les modalités d'accouchement. En pratique, néanmoins, l'obligation d'information est aisée à écarter puisqu'elle ne s'impose pas en cas d'urgence<sup>44</sup>... or l'urgence est fréquente en obstétrique !

En plus de ce droit à l'information, le patient dispose d'un droit à consentir, de manière libre et éclairée, aux soins qui lui seront prodigués<sup>45</sup>.

Dans le contexte actuel d'autonomisation des patients, renforcé par la loi Kouchner, on pourrait estimer légitime la participation active de la femme à son accouchement. Pourtant, actuellement, si pour le législateur « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé*<sup>46</sup> » et si « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne*<sup>47</sup> », pour les juges, les choses ne semblent pas être aussi claires s'agissant de la femme enceinte et de la parturiente.

En effet, il semblerait que les droits de ces dernières, usagères du système de santé, n'ont pas bénéficié des mêmes avancées que ceux des autres patients. Les femmes n'apparaissent pas pleinement actrices de leur prise en charge. Pour reprendre les mots de la Cour d'appel de Versailles, prononcés peu de temps après la mise en branle du mouvement de dénonciation des violences obstétricales et gynécologiques, « *il n'appart[ient] pas à [la parturiente] de décider de la manière dont le médecin [doit] conduire l'accouchement*<sup>48</sup> ». Sur ce point, les juges semblent, au travers des rares décisions existant en la matière, constants. Qu'il s'agisse de l'épisiotomie, du déclenchement, de la césarienne ou encore de la péridurale, en pratique, la décision n'appartient pas réellement à la future mère.

Lorsque l'on s'intéresse aux actes médicaux pratiqués durant un accouchement et au consentement de la parturiente, on pense en premier lieu au cas de l'épisiotomie. En effet, l'épisiotomie, qualifiée dès la fin des années 1990 de «  *mutilations sexuelles féminines modernes* » dans le *Lancet*<sup>49</sup>, a été le premier des gestes médicaux dénoncés comme violence obstétricale. Les recommandations publiées en 2005 par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et la communication réalisée par les associations sur les risques inhérents ont permis une importante diminution du nombre d'épisiotomies en France<sup>50</sup>, jusqu'alors très pratiquée<sup>51</sup>. Si le taux a diminué, conformément aux recommandations, la question du consentement – ou plus exactement de l'absence de consentement<sup>52</sup> – est, quant à elle, toujours d'actualité<sup>53</sup>. Il est difficile de connaître la position des juges en la matière, les jurisprudences étant, là encore, quasi inexistantes. S'agissant des décisions rendues par les juges judiciaires, dans les rares cas où l'épisiotomie est à l'origine du litige, ce n'est jamais ouvertement à cause de

41 - Article L.1111-2 CSP précité.

42 - CE, 5<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> ch., 27/06/2016, n° 386165. Voir note L. Morlet-Haidara « L'obligation d'information et la difficile recherche d'indemnisation des dommages liés à un accouchement par voie basse », JDSAM, 2016, n°14, <https://www.instituddroitsante.fr/wp-content/uploads/2016/11/JDSAM-18-10.pdf>.

43 - Cass., 1<sup>ère</sup> civ., 23/01/2019, n° 18-10.706.

44 - Article L.1111-2 CSP.

45 - Article L.1111-4 CSP : « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* ».

46 - Article L.1111-4 CSP.

47 - *ibid.*

48 - CA Versailles, 26/06/2014, n° 12/04994.

49 - M. Wagner, « Episiotomy : a form of genital mutilation », *The Lancet*, June 05, 1999, Vol. 353, n° 9168, p. 1977-1978.

50 - Selon l'Enquête Nationale Périnatale, l'épisiotomie était pratiquée sur 57% des parturientes en 1995, 27,1% en 2010, 20,1% et 2016 et plus que 8,3% en 2021.

51 - 47% en 1998-1999 (M. Déchalotte, *Le livre noir de la gynécologie, op. cit.*).

52 - Selon le Rapport de l'Enquête nationale Périnatale de 2021, parmi les femmes ayant eu une épisiotomie, 51,8% n'ont pas donné leur consentement (il ne leur a pas été demandé).

53 - CIANE, « *Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes* », 2013 ; B. Gachon, A. Charveriat, F. Pierre, X. Fritel, « Pratiques de l'épisiotomie : enquête auprès des membres du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français », *Gynécologie, obstétrique, fertilité & sérologie*, Vol. 47, n°9 ; J. Huck, G. Moutel, S. Baumann, « Information et consentement sur l'épisiotomie : comment améliorer les pratiques ? », *Santé Publique*, 2022, n° 2, Vol. 34, p. 243 à 253 ; Réseau Sécurité Naissance, « *Enquête sur le vécu de l'accouchement* », 2022.

l'absence de consentement mais principalement en raison d'infections nosocomiales<sup>54</sup> ou, parfois, de non-respect des règles de l'art<sup>55</sup>, ou du devoir d'information<sup>56</sup> que l'action est intentée.

La question du respect de la volonté de la parturiente peut également se poser s'agissant du déclenchement de l'accouchement, pratique courante en France<sup>57</sup> et source d'un certain contentieux. En la matière - peut-être parce que la Haute Autorité de Santé a prévu des modalités spécifiques d'information et formulé plusieurs recommandations<sup>58</sup> - les juges s'attachent à rappeler l'importance de respecter l'obligation d'information<sup>59</sup> et, lorsque le médecin ne parvient pas à en apporter la preuve, retiennent la faute et ce, que le lien de causalité entre le déclenchement et le dommage subi ait été établi<sup>60</sup> ou non<sup>61</sup>. On soulignera cependant que, si le défaut d'information donne lieu à indemnisation, le juge ne se prononce pas toujours sur les demandes d'indemnisation au titre du « *défait de consentement éclairé*<sup>62</sup> ».

De la même manière, la question du respect de la volonté de la parturiente se pose s'agissant de la césarienne, et ce à double titre. Il peut s'agir, d'une part, d'une césarienne pratiquée contre la volonté de la patiente et, d'autre part, d'un refus de pratiquer une césarienne en dépit de la demande. Les décisions, judiciaires comme administratives, sont là encore rares sur ce sujet. S'agissant de la césarienne sans consentement<sup>63</sup>, l'absence de contentieux récent peut s'expliquer, outre par les motifs évoqués en introduction, par le fait que, la plupart du temps, elle est justifiée par l'urgence vitale pour la mère ou pour le fœtus. S'agissant du refus d'accéder à la demande de la femme enceinte de bénéficier d'un accouchement par césarienne, là encore les décisions sont peu nombreuses et se limitent, en général, à s'intéresser aux préjudices subis par le bébé. A titre d'exception, l'on peut citer deux décisions du juge judiciaire. La première<sup>64</sup> exclut toute indemnisation au titre du refus de césarienne et la seconde<sup>65</sup> reconnaît une faute du médecin en raison de la décision tardive de procéder à la césarienne mais pas du refus initial d'accéder à la demande de la mère.

La question du respect de la volonté de la parturiente se pose enfin s'agissant de la péridurale. En France, le taux de péridurale est particulièrement élevé : bien que 38 %<sup>66</sup> des femmes déclarent vouloir accoucher sans y avoir recours au moment de l'élaboration de leur projet de naissance, *in fine*, plus de 82 % des femmes en bénéficient<sup>67</sup>. Comme pour la césarienne et l'épisiotomie, le fait de refuser ou d'imposer une péridurale peut être considéré comme une violence obstétricale. Les actions intentées par les femmes ayant eu une péridurale alors qu'elles ne le souhaitaient pas, que cela soit à cause d'une peur des effets secondaires ou de l'envie de « *vivre un accouchement le plus naturel possible* », ou par les femmes dont la demande de péridurale n'a pas été respectée sont rares. Dans

54 - CA Rennes, 5<sup>ème</sup> ch., 03/05/2023, n° 20/00111 (infection) ; CA Paris, Pôle 4, ch. 10, 27/01/2022, n° 18/10326 (infection) ; CA Bordeaux, 1<sup>re</sup> ch. civile, 13/06/2019, n° 17/01281 (infection).

55 - CA Poitiers, 3<sup>ème</sup> ch. civile, 31/05/2017, n° 15/05154 (le médecin a commis une faute technique en ne pratiquant pas l'épisiotomie, puisque « *devant les difficultés à la descente du mobile foetal, il est raisonnable de penser qu'une épisiotomie large pour l'extraction de la partie basse aurait pu soulager les tissus déjà très sollicités* »).

56 - CA Bordeaux, 28/06/2018, n° 17/01281 : information sur les risques de l'épisiotomie dans le cadre d'un accouchement à domicile.

57 - 25,8% de déclenchement selon l'enquête de périnatalité de 2021.

58 - HAS, Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée, 2011.

59 - CA Agen, 1<sup>ère</sup> ch. civile, 27/11/2019, n° 17/00283.

60 - CA Agen, 1<sup>ère</sup> ch. civile, 27/11/2019, n° 17/00283.

61 - CA Nîmes, 1<sup>ère</sup> ch. civile, 07/09/2017, *op. cit.*

62 - *ibid.*

63 - Selon l'Enquête nationale périnatale 2021, 34,5% des femmes ayant eu une césarienne n'ont pas donné leur consentement (il ne leur a pas été demandé).

64 - CA Montpellier, 26/01/2016, n° 14/02074 : En l'espèce, le médecin estime que « *la césarienne ne doit pas être pratiquée à la demande de la patiente, mais seulement si elle est médicalement indiquée, et qu'il n'avait pas l'obligation de lui proposer un choix* ». Le juge écarte sa responsabilité, indiquant notamment que « *l'angoisse de la mère n'était pas un motif suffisant pour modifier le mode de prise en charge* » et approuve le refus du médecin de programmer une césarienne. Le fœtus, décédé *in utero*, sera extrait par césarienne.

65 - CA Rennes, 18/03/2015, n° 14/01617 : la patiente demande une césarienne mais l'obstétricien refuse. S'ensuit une tentative d'accouchement par voie basse, puis une césarienne en urgence. Le bébé souffre d'un lourd handicap. Les juges estiment que le refus du corps médical d'accéder à la demande de la mère et de procéder à une césarienne a été sans conséquence pour l'enfant, mais indemnisent les souffrances physiques et psychiques endurées, jugées excessives et injustifiées.

66 - Enquête nationale périnatale, 2021.

67 - *ibid.*



les décisions récentes, on peut citer la décision de la Cour d'appel de Paris du 6 juin 2014<sup>68</sup> dans laquelle les juges écartent toute faute du praticien au titre du non-respect du refus de la patiente d'avoir une péridurale au motif que « *les réticences exprimées par la patiente lors des consultations pré-anesthésiques comme les attestations selon lesquelles elle gardait un très mauvais souvenir de son précédent accouchement sous péridurale et ne souhaitait plus recourir à un tel mode d'anesthésie sont insuffisantes à démontrer que le jour de son accouchement et dans la salle de travail elle a clairement exprimé au médecin son refus de recourir à l'anesthésie péridurale qui a été pratiquée par celui-ci* ».

## 2. Le défaut d'empathie

« *C'est bon là, vous allez vous taire ! On sait que vous avez mal*<sup>69</sup> », « *Vous allez finir par tuer votre bébé*<sup>70</sup> », « *Vous devriez savoir pousser*<sup>71</sup> », « *C'est pas un supermarché*<sup>72</sup> ». Voici un florilège de phrases, entendues par des femmes le « *plus beau jour de leur vie* », pouvant être lourdes de conséquences. Les témoignages sont nombreux et les études<sup>73</sup> parlantes : le comportement des soignants joue un rôle clé dans le vécu de l'accouchement par la parturiente. L'enquête nationale de périnatalité de 2021 a permis un état des lieux s'agissant des « *comportements inappropriés* » des personnels de santé au moment de la prise en charge de la femme enceinte. 30 % des femmes dénoncent ainsi des propos inappropriés, 17 % des gestes inappropriés et 25 % des attitudes inappropriées<sup>74</sup>. De la même manière que pour le non-respect du droit de la patiente à être informée et à consentir de manière libre et éclairée aux actes médicaux, on peut supposer que ces comportements ou ces propos « inappropriés », tels que soulignés par le HCE dans son rapport rendu en 2018<sup>75</sup>, sont de nature à caractériser une faute d'humanisme.

L'empathie, le bien-être, ou encore la délicatesse, sont des notions qui apparaissent peu dans la jurisprudence sur les suivis et les soins obstétricaux. Rarement invoquées par les victimes lorsqu'elles engagent une action en responsabilité<sup>76</sup>, elles sont difficilement appréhendables par le juge. En effet, si certains propos et comportements, notamment à connotation sexuelle ou raciste, tombent sous le coup de la loi, d'autres, qui témoignent « *uniquement* » d'un manque d'empathie, semblent plus difficilement sanctionnables.

A titre d'exemple, la Cour administrative d'appel de Bordeaux, dans un arrêt précédemment évoqué<sup>77</sup>, a refusé de reconnaître la faute du médecin anesthésiste, qui au moment de la péridurale aurait déclaré : « *contraction ou pas, je pique* » - remarque interprétée par la rapporteure publique<sup>78</sup> comme étant « *un trait d'humour ou peut-être d'agacement, qui ne revêt en tout état de cause pas un caractère fautif* ». De même pour la faute des sage-femmes ayant fait preuve d'agressivité à l'égard de la patiente, attitude cette fois jugée « *tout à fait inappropriée* » par la

68 - CA Paris, 06/06/2014, n° 13/07270 : la requérante a été victime de céphalées très douloureuses, de fièvre, de frissons et de dorsalgies causées par la brèche dure-mère arachnoïdienne survenue durant son anesthésie péridurale. Elle demande réparation de ses préjudices en raison du défaut d'information concernant les modes d'anesthésie, de son refus de l'anesthésie péridurale, des conséquences de la brèche dans la dure mère et de l'infection nosocomiale qu'elle dit avoir contractée.

69 - M. Déchalotte, *Le livre noir de la gynécologie*, op. cit.

70 - M. Le Rest, E. Tapiero, *Les patientes d'Hippocrate*, Philippe Rey, 2022, 213 p.

71 - Cass, 23/11/2022, n° 21-16.392.

72 - CNOM, 21/04/2015, n° 12154 : en l'espèce, les juges disciplinaires estiment que le médecin qui répond à une patiente demandant une anesthésie générale pour une intervention consistant en une reprise chirurgicale après un accouchement « *on n'est pas au supermarché* », n'a « *ni manqué de compassion à son égard, ni négligé sa souffrance dans des conditions constitutives d'un manquement aux dispositions de l'article R. 4127-37 CSP* ».

73 - Plusieurs études, telles que celles de Susan Ayers et Elizabeth Ford publiées dans « *Journal of Reproductive and Infant Psychology* », mettent en lumière un lien entre manque de communication, de soutien et d'empathie et violences ressenties. (v. aussi A. Garcia, « *Violences obstétricales, le point de vue des usagères* », Sages-femmes, Janvier-février 2020, n° 1 et <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/TexteViolencesobstetricales-reseauCentre2016.pdf>).

74 - 25% de ces comportements inappropriés ont lieu durant l'accouchement et 47% pendant le séjour à la maternité (Enquête périnatalité 2021).

75 - Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, Rapport n° 2018-06-26-SAN-034, 26/06/2018.

76 - On notera tout de même quelques exemples où le manque d'empathie du personnel médical est invoqué, mais dans le cadre d'une sanction disciplinaire, et non d'une action en responsabilité par la patiente : CAA Marseille, 8<sup>ème</sup> ch., 03/07/2018, n° 16MA03443 (où le manque d'empathie est pris en compte par le directeur du centre hospitalier en tant qu'incident parmi les différents éléments justifiant le licenciement d'une sage-femme), CAA Paris, 6<sup>ème</sup> ch., 23/03/2015, n° 14PA02641 (même chose concernant la suspension d'un praticien hospitalier au sein d'un service gynécologie-obstétrique, ayant eu un « *comportement dénué d'empathie* » envers ses patientes). CA, Basse-Terre, ch. sociale, 14/12/2020, n° 18/00002 (une sage-femme est licenciée pour faute grave, entre-autres en raison de son comportement « *totalement inapproprié* » envers les patientes).

77 - CAA Bordeaux, 03/11/2020, op. cit.

78 - M-P Beuve Dupuy, Concl. sur CAA Bordeaux, 03/11/2020, n° 18BX0247. Nous remercions Madame Beuve Dupuy d'avoir accepté la citation de ses conclusions.

rapporteuse publique<sup>79</sup>. Plus récemment, la Cour administrative d'appel de Marseille<sup>80</sup> écarte toute faute dans la prise en charge aux urgences d'une patiente en suite de couches qui soutenait que « *du fait des manquements commis par l'hôpital [...], elle [avait] subi des souffrances pendant 9 heures, un préjudice lié à un manque d'empathie et un préjudice moral lié à un « stress extrême »* ». En l'espèce, la Cour estime que la patiente avait « *été incomprise par le personnel soignant* » et ne fait aucune mention du manque d'empathie dont elle dit avoir souffert.

Heureusement, dans les cas les plus graves - quand la brutalité du propos ou du comportement ne laisse nul doute - le juge reconnaît et condamne le « manque de tact et de professionnalisme ». Dans une décision du 10 avril 2015<sup>81</sup>, la Cour d'appel de Paris a ainsi qualifié de fautives l'incompétence et la malveillance<sup>82</sup> de l'équipe de soignants ayant pris en charge une femme dans le cadre de son interruption médicale de grossesse (IMG).

De son côté l'OMS a lancé un appel à la poursuite de recherches afin de prévenir et d'éliminer les mauvais traitements pendant l'accouchement<sup>83</sup>. A cette occasion, elle a aussi tenu à préciser ce qu'est une « expérience positive de l'accouchement », qu'elle définit, en 2018, comme étant une « *expérience qui remplit ou dépasse les attentes et croyances sociales, culturelles et personnelles existantes d'une femme, ce qui inclut l'accouchement d'un enfant en bonne santé dans un environnement clinique et psychologique sûr avec le soutien pratique et émotionnel continu d'un ou de plusieurs compagnons d'accouchement et de personnel clinique bienveillant et compétent sur le plan technique. Il est basé sur le postulat que la plupart des femmes désirent un accouchement et une naissance physiologiques, ainsi qu'un sentiment de réalisation personnelle et de contrôle avec la participation à la prise de décision, même lorsque des interventions médicales sont nécessaires ou souhaitées* »<sup>84</sup>.

Au travers des pratiques dénoncées, on se rend compte que nombre des éléments constitutifs de l'« *expérience positive de l'accouchement* » mis en avant par l'OMS sont absents de la prise en charge de la parturiente. Ceci a notamment été dénoncé par le collectif Stop aux Violences Obstétricales et Gynécologiques et par la doctrine<sup>85</sup> à la suite de la prise en charge des parturientes durant la pandémie, période durant laquelle on a vu proliférer des pratiques ne reposant sur aucune preuve scientifique<sup>86</sup> et affectant très négativement l'expérience de l'accouchement, telles que l'exclusion du conjoint, le port du masque pendant l'accouchement<sup>87</sup>, les césariennes systématiques en cas de test positif en SARS-CoV-2, l'augmentation des extractions instrumentales ou encore la séparation de la mère et de son nouveau-né. Ces éléments entrent cependant difficilement dans le champ de contrôle du juge, comme le suggère une décision rendue par le Conseil d'État en 2021 relative à la légalité d'un décret dont l'annexe porte sur le masque obligatoire pour les femmes enceintes alors que celles-ci, durant l'accouchement, pratiquent un effort physique intense<sup>88</sup>.

Condamner le non-respect des pratiques favorisant le vécu positif de l'accouchement ainsi que la non-prise en

79 - *ibid*. La rapporteure publique propose de retenir, pour le comportement des sages-femmes, une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service.

80 - CAA Marseille, 05/05/2022, n° 20MA03176.

81 - CA Paris, 10/04/2015, n° 14/05108.

82 - En l'espèce, la patiente signale que « *la sage-femme de nuit l'a contrainte à exposer à nouveau sa situation alors qu'elle l'avait déjà fait auprès de l'équipe de jour qui avait nécessairement transmis les consignes, qu'il lui a fallu, par l'intermédiaire de son conjoint, réclamer à plusieurs reprises l'intervention de l'anesthésiste alors qu'elle souffrait depuis plusieurs heures, qu'elle a été laissée seule dans la salle d'accouchement sans surveillance jusqu'à ce qu'alertée par son compagnon, l'équipe de sages-femmes appelle en urgence le médecin de garde, que par la suite, le placenta a été retiré sans anesthésie, provoquant des douleurs insupportables, qu'enfin, le personnel leur a demandé avec insistance s'ils souhaitaient conserver le corps ou prendre des photographies, exigeant la signature d'une décharge alors que leur souhait avait déjà été expressément recueilli avant l'accouchement* ».

83 - S. Batram-Zantvoort, O. Razum, C. Miani, « Un regard théorique sur l'intégrité à la naissance : médicalisation, théories du risque, *embodiment* et intersectionnalité », Santé publique, 2021, n° 5, Vol. 33, p. 645 à 654.

84 - Organisation mondiale de la santé, Recommandations sur les soins *intrapartum* pour une expérience positive de l'accouchement - Transformer le soin des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être, WHO/RHR/18.12, 2018.

85 - V. Rozée, C. Schantz, « Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique », *op. cit.*

86 - *ibid*.

87 - Stop aux Violences Obstétricales et Gynécologiques, « Enquête Nationale sur la Naissance en Période de Covid 19 », 2020.

88 - CE, 22/02/2021, n° 448682. Par une requête, des particuliers et une association demandaient au juge des référés du Conseil d'État, statuant sur le fondement de l'article L. 521-1 du code de justice administrative, à titre principal, d'ordonner la suspension de l'exécution de différents articles ainsi que de l'annexe 1 du décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. Ce décret prévoyait notamment qu'« *afin de ralentir la propagation du virus, les mesures d'hygiène définies en annexe 1 au présent décret et de distanciation sociale, incluant la distanciation physique d'au moins un mètre entre deux personnes, dites barrières, définies au niveau national, doivent être observées en tout lieu et en toute circonstance* ». Le Conseil d'État a refusé de se pencher en détails sur la question, et a seulement conclu que les requérants n'apportaient, sur ce point « *aucun élément sérieux de nature à créer un doute quant à la légalité des dispositions contestées* ».

compte de la gêne des patientes liée au caractère intime des actes pratiqués ou de leur pudeur – dénoncée par les patientes<sup>89</sup> et par le HCE<sup>90</sup> – ou encore les paroles blessantes, apparaît comme compliqué, malgré l'existence de textes déontologiques<sup>91</sup> sur lesquels les juges, judiciaires et administratifs comme disciplinaires, pourraient s'appuyer. Fortes de ce constat, deux auteures suggèrent une évolution du droit vers la reconnaissance du « *manquement à une "obligation de délicatesse"*<sup>92</sup> ».

Si cette proposition présente un intérêt incontestable, elle pose aussi une difficulté, en raison de la frontière délicate entre ce qui est approprié et ne l'est pas. Il est concevable que le juge soit peu enclin à s'aventurer sur ce terrain que l'on peut qualifier de « glissant », notamment en raison de la part de subjectivité dans l'acceptation ou non de certains propos ou gestes et dans leurs conséquences, dont l'indemnisation peut de ce fait être compliquée.

## II. La délicate indemnisation des préjudices subis par les victimes de violences obstétricales

Pour que les victimes de violences obstétricales voient leurs préjudices indemnisés, il est indispensable que les dommages subis fassent l'objet d'une qualification en droit. Cependant, les conséquences des violences obstétricales, nombreuses et variées, ne sont pas toutes aussi aisément qualifiables les unes que les autres. Les conséquences touchant au psychique (état de stress post-traumatique, syndrome dépressif, perte de l'estime de soi, sentiment de culpabilité...) sont difficilement appréhendables par le droit et certaines d'entre elles sont peu ou prou absentes de la jurisprudence.

### A. Une indemnisation évidente pour certains préjudices

Certains postes de préjudices sont souvent reconnus et, partant, donnent lieu à une indemnisation plus ou moins importante.

#### 1. Les postes de préjudices extrapatrimoniaux les plus reconnus

L'étude de la jurisprudence<sup>93</sup> permet de mettre en lumière les chefs de préjudices extra-patrimoniaux le plus souvent retenus dans le cadre des actions en responsabilité exercées contre des professionnels ou établissements de santé en cas de violences obstétricales. Comme on peut s'y attendre, du fait de la diversité des dommages subis par les victimes de violences obstétricales mais aussi par leurs proches (et notamment leur conjoint(e)), les qualifications utilisées sont nombreuses : déficit fonctionnel temporaire (DFT)<sup>94</sup> et permanent (DFP)<sup>95</sup>, souffrances

89 - En 2018, l'Académie de médecine notait, parmi les griefs exprimés par les patientes « *le non-respect de la pudeur et de l'intimité, en particulier lors de la réalisation des gestes intrusifs, toucher vaginal, révision utérine, etc.* » (R. C. Rudigoz et al., « De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités », Bull. Acad. Natle Méd., 2018, 202, n° 7, p. 1323-1340).

90 - Selon le rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) du 26 juin 2018, « *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical* », les actes sexistes, dont certains peuvent être qualifiés de violences, durant le suivi gynécologique et obstétrical incluent la « *non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation* », les « *actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente* » et « *l'insuffisante prise en compte du caractère particulièrement intime de ces consultations : ce défaut de prise en compte témoigne d'un défaut d'empathie plus particulièrement affirmé vis-à-vis des femmes* ».

91 - Selon l'article R. 4127-327 CSP, la sage-femme doit faire preuve d'« une attitude correcte et attentive envers la patiente » et doit faire respecter la dignité de la patiente. Le médecin, quant à lui, « *exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité* » (article R. 4127-2 du même code).

92 - D. Roman, C. Lantero, « L'obstétrique et le juge administratif : au-delà de l'accident », *op. cit.*

93 - Nous reprendrons ici les décisions précitées du juge civil et du juge administratif portant sur des cas de violences obstétricales, où une faute a été reconnue.

94 - Le déficit fonctionnel temporaire cherche à indemniser l'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle pendant la maladie traumatique, c'est-à-dire jusqu'à sa consolidation. (J-P. Dintilhac (dir.), Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels, 2005).

95 - Le déficit fonctionnel permanent cherche à indemniser un préjudice extra-patrimonial découlant d'une incapacité constatée médicalement qui établit que le dommage subi a une incidence sur les fonctions du corps humain de la victime (*ibid.*).

endurées<sup>96</sup>, préjudice sexuel<sup>97</sup>, préjudice esthétique<sup>98</sup>, préjudice d'agrément<sup>99</sup>, préjudice d'établissement<sup>100</sup>, préjudice d'affection<sup>101</sup>...

Certains de ces postes de préjudices sont plus retenus que d'autres dans les cas de violences obstétricales. En effet, dès lors que la violence obstétricale subie se traduit par une atteinte physique, le juge semble toujours condamner les responsables à indemniser le déficit fonctionnel temporaire, le déficit fonctionnel permanent (s'il a lieu d'être) et le préjudice sexuel. Tel est le cas dans l'affaire jugée par la Cour d'appel de Nîmes le 26 juin 2014<sup>102</sup> dans laquelle la patiente avait été victime d'une épisiotomie non nécessaire dont les sutures avaient lâché et qui s'était infectée, mais aussi dans l'affaire jugée par la Cour d'appel de Douai le 29 septembre 2022<sup>103</sup> dans laquelle la patiente souffrait de douleurs abdominales et pelviennes persistantes à la suite de la pratique d'une expression abdominale, ou encore dans la décision de la Cour administrative d'appel de Paris<sup>104</sup> ayant jugé une affaire de « césarienne à vif ». On notera d'ailleurs que, dans ces affaires, les juges octroient également réparation au conjoint au titre de son préjudice sexuel.

D'autres postes de préjudices, indemnisant également des dommages corporels sont en revanche moins retenus, comme le préjudice esthétique qui, s'agissant des exemples précités, a, étonnamment, été écarté par la Cour administrative d'appel de Paris<sup>105</sup> dans l'affaire de la césarienne à vif mais retenu par la Cour d'appel de Nîmes<sup>106</sup> s'agissant de la suture de l'épisiotomie. Il en va de même pour le préjudice d'agrément, dépendant principalement de la capacité de la requérante à apporter la preuve que la blessure subie la prive de loisirs qu'elle pratiquait<sup>107</sup>.

Le défaut d'information donne également lieu à indemnisation dans plusieurs des décisions étudiées. Depuis plus d'une décennie, la violation de l'obligation d'information cause au patient un préjudice autonome<sup>108</sup>, c'est-à-dire un préjudice que le juge doit indemniser, quelle qu'aurait été la décision prise par le patient s'il avait eu l'information. Ainsi, la parturiente qui n'a pas été correctement informée des risques inhérents à un déclenchement artificiel doit être indemnisée à ce titre, même si le lien entre la faute du praticien et le dommage subi n'est pas établi avec certitude<sup>109</sup>. Le patient qui reçoit une information incomplète est victime d'une perte de chance si l'information correctement délivrée lui aurait permis de faire un choix différent s'agissant de sa prise en charge et d'un préjudice d'impréparation si aucun autre choix ne s'offrait à lui. La parturiente qui n'a pas été informée des actes pratiqués, ni de leur utilité, ni de leurs conséquences, mais sans que cela ait d'incidence sur l'enfant, est indemnisée pour son préjudice d'impréparation<sup>110</sup> et celle qui, en étant mal informée des risques a perdu une chance d'éviter le dommage tel qu'il s'est réalisé est indemnisée pour cette perte de chance<sup>111</sup>.

96 - Les souffrances endurées sont toutes les souffrances physiques et psychiques, ainsi que des troubles associés, que doit endurer la victime durant la maladie traumatique, c'est-à-dire du jour de l'accident à celui de sa consolidation (*ibid*).

97 - Le préjudice sexuel concerne la réparation des préjudices touchant à la sphère sexuelle, qu'il s'agisse d'un préjudice morphologique, d'un préjudice lié à l'acte sexuel lui-même ou d'une impossibilité ou difficulté à procréer (*ibid*).

98 - Le préjudice esthétique cherche à réparer les atteintes physiques et plus généralement les éléments de nature à altérer l'apparence physique de la victime, jusqu'à sa consolidation ou définitivement (*ibid*).

99 - Ce préjudice porte sur la privation d'une activité déterminée de loisirs (*ibid*).

100 - Le préjudice d'établissement cherche à indemniser la perte d'espoir, de chance ou de toute possibilité de réaliser un projet de vie familiale « normale » en raison de la gravité du handicap permanent, dont reste atteint la victime après sa consolidation (*ibid*).

101 - Le préjudice d'affection est le préjudice moral subi par certains proches à la vue de la douleur de la déchéance et de la souffrance de la victime directe (*ibid*).

102 - CA Nîmes, 1<sup>re</sup> ch. civile, 26/06/2014, n° 13/00959.

103 - CA Douai, 29/09/2022, *op. cit*.

104 - CAA de Paris, 3<sup>ème</sup> ch., 10/05/2023, *op. cit*.

105 - CAA de Paris, 3<sup>ème</sup> ch., 10/05/2023, *op. cit*.

106 - CA Nîmes, 1<sup>ère</sup> ch. civile, 26/06/2014, *op. cit*.

107 - CAA Bordeaux, 03/11/2020, *op. cit* : le juge rejette la demande d'indemnisation au titre du préjudice d'agrément retenu par les experts, relatif à la cessation de la course à pied et à la limitation de l'activité de cyclisme, en lien avec les troubles physiques, ainsi qu'à la cessation des sorties avec la famille et les amis. En ce qui concerne ce dernier point, le juge considère sans surprise qu'il ne se distingue pas des troubles de toute nature dans les conditions d'existence réparés au titre du déficit fonctionnel permanent.

108 - Cass. civile, 03/06/2010, n° 09-13.591 et CE, 5<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> ss-sections, 10/10/2012, n° 350426.

109 - CA Nîmes, 1<sup>ère</sup> ch. civile, 07/09/2017, *op. cit*.

110 - CA Rennes, 18/03/2015, *op. cit*.

111 - Cass., civ. 1<sup>ère</sup>, 24 octobre 2019, n° 18-19459 : en l'espèce, les requérants agissant en qualité de représentants légaux de leur fille et à titre personnel, ont assigné la clinique et le praticien en responsabilité et indemnisation de la perte de chance de présenter de moindres atteintes subies par leur fille, en se prévalant de fautes dans la surveillance de la grossesse et d'un retard dans la mise en œuvre d'une césarienne en dépit d'une souffrance fœtale aiguë.

Pourtant, il existe encore des cas où le défaut d'information n'est pas qualifié de fautif, comme en témoignent la décision de la Cour administrative d'appel de Paris du 25 mars 2021<sup>112</sup> ou celle de la Cour administrative d'appel de Bordeaux du 3 novembre 2020<sup>113</sup>. Dans la première, le juge retient que la requérante n'identifie pas l'existence d'un préjudice précis lié au défaut d'information sur les raisons pouvant expliquer les douleurs post-accouchement. Dans la seconde, le juge considère que « *l'absence d'information jusqu'au soir sur l'état de l'enfant, séparée de sa mère à sa naissance en raison d'un retard de résorption du liquide amniotique inhalé et placée sous oxygène en incubateur* », n'est pas fautive, en l'absence de preuve que la requérante aurait interrogé en vain le personnel<sup>114</sup>. Dans un arrêt rendu en 2016, le Conseil d'État a par contre admis une indemnisation des parents en raison d'un défaut d'information sur le risque de rupture utérine en cas d'accouchement par voie basse et de césarienne, ce défaut d'information ayant été à l'origine d'une perte de chance d'éviter le dommage<sup>115</sup>.

## 2. Un niveau d'indemnisation contrasté des postes de préjudices fréquemment retenus

Les violences obstétricales peuvent donner lieu à réparation des préjudices subis par les victimes - la parturiente comme ses proches. En vertu du principe de réparation intégrale, exprimé sous l'adage « *Tout le préjudice, mais rien que le préjudice* », qui s'applique à la blessure, dans sa dimension physique et psychique, l'objectif est de « *rétablir l'équilibre détruit par le dommage et replacer la victime dans une situation le plus proche possible de celle où elle se serait trouvée si l'acte dommageable n'avait pas eu lieu*<sup>116</sup> ». Le rétablissement du *statu quo ante* s'avérant impossible dans la majeure partie des cas<sup>117</sup>, la réparation se fait en général par compensation, par le biais d'une dette de valeur. Le montant des dommages et intérêts est dépendant de l'intensité du préjudice, c'est-à-dire qu'il sera lié, par exemple, pour les souffrances endurées à l'échelon retenu (échelle allant de 1 à 7) ou pour le DFP au taux d'incapacité et à la valeur du point<sup>118</sup>. En outre, le montant de la réparation dépend de si les juges retiennent le préjudice subi en lui-même ou la perte de chance de ne pas le subir (ou de le subir dans une moindre mesure). Lorsque la perte de chance est retenue, l'indemnisation est fixée en fonction du pourcentage de chance perdue<sup>119</sup>.

Parmi les décisions évoquées dans cet article, on retrouve des préjudices plus ou moins importants. Le cas le plus grave est sans aucun doute celui jugé par la Cour d'appel d'Agen en 2019<sup>120</sup>. Les souffrances endurées par la parturiente ont été fixées à 7/7, son DFP à 99 % et son préjudice sexuel a été jugé total. Si la condamnation ne porte pas exclusivement sur des violences obstétricales puisque le médecin a manqué à son obligation d'information - en privant sa patiente de la possibilité de « consentir valablement au déclenchement de son accouchement », cette décision est néanmoins intéressante en ce qu'elle permet de connaître les montants d'indemnisation pouvant être obtenus en cas de dommages dramatiques subis par une parturiente dans le cadre de son accouchement. En l'espèce, la victime a obtenu 80 000 euros au titre des souffrances endurées, 693 000 euros au titre du DFP et 50 000 euros au titre du préjudice sexuel<sup>121</sup>.

S'agissant des décisions étudiées condamnant des faits constitutifs de violences obstétricales, plusieurs portent sur l'indemnisation de préjudices d'une importance semblable, permettant ainsi de faire certaines comparaisons. On peut notamment, en ce qui concerne le juge judiciaire, revenir sur les décisions de la Cour d'appel de Nîmes du 26 juin 2014 et de la Cour d'appel de Douai du 29 septembre 2022. Dans la première affaire, la patiente qui a subi une épisiotomie non nécessaire, dont les suites ont été compliquées par une surinfection et un lâchage de suture, a vu évaluer ses souffrances endurées à 2,5/7 et son DFP à 4 % et a obtenu 3 000 euros pour les premières et 950 euros pour le second, ce qui peut surprendre puisque la patiente souffrait de séquelles cicatricielles douloureuses

112 - CAA de Paris, 8<sup>ème</sup> ch., 25/03/2021, n° 20PA00197.

113 - CAA Bordeaux, 03/11/2020, *op. cit.*

114 - CAA Bordeaux, 03/11/2020, *op. cit.*

115 - CE, 5<sup>ème</sup> - 4<sup>ème</sup> ch. réunies, 27/06/2016, *op. cit.*

116 - Cass., 18/01/1973, n° 71-14.282.

117 - J. Lagoutte, « La difficile rencontre des VOG et du droit privé », *op. cit.*

118 - Le « point » d'incapacité est la somme obtenue en divisant le montant alloué par le taux d'incapacité. Ce mode de calcul permet d'appliquer au cas sur lequel on statue la valeur du point adoptée dans des cas similaires (M. Le Roy et al., *L'évaluation du préjudice corporel*, LexisNexis, 2022, 22<sup>ème</sup> édition, 1084 p.).

119 - Tel est le cas dans la décision de la cour d'appel de Douai du 29 septembre 2022 (*op. cit.*) ou la part causale est de 90%.

120 - CA Agen, 1<sup>ère</sup> ch. civile, 27/11/2019, *op. cit.*

121 - La Cour de cassation (Cass., 08/09/2021, n° 20-13.773) casse cette décision, jugeant que le lien de causalité n'est pas établi. Comme il n'y a pas de lien causal, elle ne se prononce pas sur les montants d'indemnisation.



dont les irradiations sont handicapantes. Dans la seconde affaire, la patiente, victime d'une expression abdominale lui ayant occasionné des douleurs abdominales et pelviennes persistantes, voit son DFP évalué à 5 % et ses souffrances endurées à 3/7 et obtient 8 100 euros pour le premier et 8 100 euros pour les secondes. On remarque donc qu'entre ces deux affaires, que huit ans séparent, les montants d'indemnisation sont très différents alors que les niveaux de préjudice sont proches. En ce qui concerne le juge administratif, la cour administrative d'appel de Bordeaux reconnaît d'abord une indemnisation globale de 10 000 euros pour des souffrances physiques, psychiques et morales évaluées à 4 sur 7<sup>122</sup>, incluant un DFP évalué à 5 % pour le syndrome post-traumatique. Trois ans plus tard dans une autre affaire jugée par la cour administrative d'appel de Paris, est servie une indemnisation de 15 000 euros pour des souffrances physiques et psychiques d'une femme ayant subi une césarienne à vif, évaluées ensemble à un niveau de 4,5 sur 7<sup>123</sup> ainsi que 25 000 euros au titre du DFP évalué entre 10 et 30 % selon les différentes expertises réalisées.

Par ailleurs, il ressort d'un panel de décisions proposé dans l'ouvrage intitulé « L'évaluation du préjudice corporel »<sup>124</sup> que les montants d'indemnisation octroyés par le juge civil aux victimes au titre des souffrances endurées mais aussi du DFP seraient plus importants que ceux octroyés par le juge administratif.

Comme vu précédemment, parmi les postes de préjudice les plus souvent retenus en cas de violences obstétricales, on retrouve le préjudice sexuel. Il n'existe pas de moyen consensuel de mesurer l'intensité de ce préjudice. Il est apprécié *in concreto*, en prenant en compte les éléments objectifs mais aussi les éléments subjectifs propres à la victime, tels que son âge ou sa situation conjugale. Dans la décision de la Cour d'appel de Nîmes<sup>125</sup>, la plaignante qui ressent des douleurs pendant les relations sexuelles, « *la cicatrice [de l'épisiotomie] entraînant une gêne en qualité et en nombre pour [celles-ci]* », reçoit 8 000 euros au titre de son préjudice sexuel. Dans la décision de la Cour d'appel de Douai<sup>126</sup>, la plaignante qui a subi une perte de libido en raison du caractère douloureux de l'acte sexuel résultant du syndrome Master et Allen<sup>127</sup>, obtient 9 000 euros au titre de son préjudice sexuel. Dans la décision de la Cour administrative d'appel de Paris<sup>128</sup>, la plaignante qui souffrait d'un syndrome anxio-dépressif intense suite aux circonstances difficiles de son accouchement, reçoit 5 000 euros au titre de son préjudice sexuel. Comme indiqué *supra*, le conjoint, victime par ricochet, peut aussi obtenir réparation de ses préjudices, et notamment de son préjudice sexuel. Il semblerait, au vu des décisions étudiées, que le montant d'indemnisation de celui-ci soit proportionnel à l'indemnisation perçu par la femme<sup>129</sup>, même si certains tribunaux apparaissent plus généreux que d'autres<sup>130</sup>.

Le nombre de décisions étudiées ne permet certes pas d'être sûr qu'il y a vraiment une augmentation au fil des ans des montants d'indemnisation alloués par les juges (civil comme administratif) aux victimes de violences obstétricales mais si tel est bien le cas, cela pourrait témoigner d'une évolution de l'importance accordée aux dommages découlant de ce type de violences, en tout cas ceux qui sont appréhendables aisément par le droit positif, ce qui n'est pas le cas d'autres type de préjudices pour lesquels l'octroi d'une indemnisation est plus délicate.

122 - CAA Bordeaux, 03/11/2020, n° 18BX02473 (le juge alloue 4 000 euros pour les souffrances psychiques liées aux circonstances ayant causé le syndrome de stress post-traumatique, 6 000 euros pour le déficit fonctionnel permanent causé par le syndrome post-traumatique (lequel est en partie expliqué par l'expression abdominale)).

123 - CAA Paris, 3<sup>ème</sup> ch., 10/05/2023, *op. cit.* : la requérante obtient 15 000 euros pour les souffrances physiques résultant du défaut fautif d'anesthésie lors de la césarienne et des souffrances psychiques liées à l'annonce erronée du pronostic vital engagé de son enfant alors qu'elle se trouvait en salle de réveil (4.5/7). Elle reçoit 11 520 euros au titre du déficit fonctionnel temporaire (lié aux dommages ci-dessus) et 25 000 euros au titre de son déficit fonctionnel permanent (en raison de l'intensité du syndrome anxio-dépressif consécutif aux circonstances de l'accouchement) ainsi que 5 000 euros pour son préjudice sexuel.

124 - M. Le Roy et al., *L'évaluation du préjudice corporel*, LexisNexis, 2022, 22<sup>ème</sup> édition, 1084 p.

125 - CA Nîmes, 1<sup>ère</sup> ch. civile, 26/06/2014, *op. cit.*

126 - CA Douai, 29/09/2022, *op. cit.*

127 - Syndrome anatomo-clinique constitué par une rétroversion utérine accentuée avec un col anormalement mobile et par une déchirure du feuillet postérieur et du fascia sous-péritonéal du ligament large (définition de l'Académie nationale de médecine).

128 - CAA Paris, 3<sup>ème</sup> ch., 10/05/2023, *op. cit.*

129 - La Cour d'appel de Nîmes (26/06/2014, *op. cit.*) accorde 8 000 euros à la plaignante et 3 000 euros au conjoint et la Cour d'appel de Douai (20/09/2022, *op. cit.*) accorde 9 000 euros pour la plaignante et 4 500 euros pour le conjoint.

130 - CAA Paris, 3<sup>ème</sup> ch., 10/05/2023, *op. cit.* : le conjoint de la patiente se voit reconnaître un préjudice moral et sexuel, pour lesquels il reçoit une indemnisation globale de 8 000 euros tandis que son épouse reçoit, au titre de son préjudice sexuel, 5 000 euros.



## B. Une indemnisation complexe pour les préjudices moraux

Là où l'indemnisation des préjudices corporels semble possible, celle des autres préjudices est plus complexe, a fortiori celle des préjudices dits « oubliés ».

### 1. De la souffrance psychologique au cas du stress post-traumatique

L'accouchement est vécu comme un moment traumatique par nombre de femmes<sup>131</sup> et peut même, dans certains le cas, être à l'origine de troubles de stress post-traumatique ou d'état de stress post-traumatique (TSPT)<sup>132</sup>. En effet, il ressort des études que 3 à 6 % des femmes souffrent d'un syndrome de stress post-traumatique après leur accouchement et 5 % des conjoints, ce chiffre augmentant pour les accouchements « à haut risque »<sup>133</sup>.

Stress post-traumatique et violences obstétricales ne doivent pas être confondus - toutes les femmes présentant les symptômes de TSPT n'ont pas été victimes de violences obstétricales et toutes les femmes victimes de violences obstétricales ne présentent pas ces symptômes - mais ils sont souvent associés puisque, « *les violences obstétricales, dans les cas les plus graves, sont l'une des causes du syndrome de stress post-traumatique après un accouchement* »<sup>134</sup>. En dépit d'un intérêt certain des psychologues et psychiatres pour la question des troubles mentaux en périnatalité et d'une prévalence non négligeable, l'indemnisation du stress post-traumatique n'est que peu sollicitée en cas de violences obstétricales et peut soulever, en pratique, des interrogations. En effet, si l'anxiété et l'angoisse, symptômes du stress post-traumatique, sont invoquées par les victimes<sup>135</sup> et parfois reconnues par les médecins<sup>136</sup>, *in fine*, les dommages psychologiques subis font rarement l'objet d'une indemnisation au titre de préjudice(s) autonome(s). La plupart du temps, ils sont indemnisés au titre des « souffrances endurées » (avant la consolidation) ou du déficit fonctionnel permanent (après la consolidation).

On peut cependant souligner certaines décisions allant dans le sens d'une indemnisation autonome de la souffrance psychique endurée. D'une part, la décision de la Cour d'appel de Paris<sup>137</sup>, dans laquelle le juge condamne l'établissement de santé à verser 4 000 euros à la plaignante en indemnisation de son préjudice moral, celle-ci souffrant d'un syndrome anxio-dépressif imputable au comportement de l'équipe soignante à son égard. D'autre part, plus marquante encore car retenant expressément le « stress post-traumatique », la décision de la Cour administrative d'appel de Bordeaux<sup>138</sup> qui retient le traumatisme psychologique, qualifié de syndrome post-traumatique par les experts, causé par l'expression utérine subie par la patiente, à laquelle s'est ajoutée l'absence d'entretien de « débriefing » et un compte-rendu insuffisamment détaillé, interprété par la patiente comme dissimulant une erreur médicale, et reconnaît la responsabilité du centre hospitalier à ce titre.

Cependant, dans cette même affaire<sup>139</sup>, le juge retient que le dossier de la patiente ne permettait pas en l'espèce de savoir si ses séquelles physiques (des douleurs périnéales, pelviennes et abdominales, une constipation chronique, une pollakiurie et une incontinence aux gaz et aux selles liquides) correspondaient à un supposé geste médical fautif, ou si elles étaient l'expression du syndrome post-traumatique de la requérante, qui avait été reconnu par les experts. Pour éclaircir ce point, des examens supplémentaires étaient nécessaires, mais la patiente les avait refusés, au motif qu'ils seraient traumatisants. Puisqu'il appartient à la victime d'établir le caractère direct et certain du lien de causalité entre la faute et le dommage qu'elle invoque, et qu'elle ne le fait pas en l'espèce, le juge a rejeté la demande de réparation des préjudices résultant des troubles physiques de la patiente.

131 - M. Chabbert, J. Wendland, « Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère - bébé ? », Revue de Médecine Périnatale, 2016, n°4, Vol. 8.

132 - Définition du Vidal : l'état de stress post-traumatique est un trouble anxieux sévère, qui se développe à la suite d'un événement ayant entraîné une détresse intense. Ce trouble s'installe de manière durable, perturbe profondément la vie quotidienne et peut, s'il n'est pas soigné, se compliquer de dépression.

133 - C. Deforges, V. Sandoz et A. Horsch, « Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement », Périnatalité, 2020, n°4, Vol. 12.

134 - E. Phan, A. Evrard, « À propos du débat sur les violences obstétricales. Position du CIANE », Revue de Médecine Périnatale, 2017, n° 4, Vol. 9.

135 - CA Versailles, 11/05/2017, n° 14/02044.

136 - CA Rennes, 04/04/2018, n° 15/06534.

137 - CA Paris, 10/04/2015, n° 14/05108.

138 - CAA Bordeaux, 2<sup>ème</sup> ch., 03/11/2020, *op. cit.*

139 - CAA Bordeaux, 2<sup>ème</sup> ch., 03/11/2020, *op. cit.*

## 2. Les « préjudices oubliés »

Le décalage entre l'appréhension large des violences obstétricales par la doctrine, la société ou certaines institutions, et la vision étroite adoptée par les juges sur la question, est d'autant plus frappant en ce qui concerne certains préjudices. Il s'agit ici de préjudices qui sont souvent « oubliés » ou considérés comme secondaires, en comparaison à des séquelles physiques considérables. On compte parmi eux, par exemple, le sentiment de culpabilité, la perte de l'estime de soi<sup>140</sup> ; autant de conséquences d'un accouchement pouvant découler soit de violences soit de comportements inappropriés, dans le cadre de la prise en charge obstétricale<sup>141</sup>.

Ces traces laissées par un accouchement traumatique peuvent affecter à long terme la vie des patientes et de leurs proches mais aussi leur rapport au soin. En effet, comme le souligne le HCE dans son rapport de 2018, les violences obstétricales peuvent avoir des conséquences sur la vie professionnelle des femmes, sur leur « *vie familiale et les relations affectives et sexuelles* » ou encore sur leur « *suivi gynécologique et obstétrical, voire médical en général* ».

S'agissant de la vie professionnelle, les violences obstétricales peuvent avoir des répercussions importantes, pouvant aller de l'arrêt de travail<sup>142</sup> à la cessation complète de l'activité. Ce lien a déjà été reconnu dans certains cas. Dans une affaire portée devant la cour d'appel de Montpellier<sup>143</sup>, une patiente ayant subi un déclenchement sans raison médicale et dont l'accouchement s'était déroulé dans des conditions très difficiles, avait subi une dégradation de son état psychiatrique et avait finalement été licenciée pour inaptitude. De façon similaire, le juge administratif a eu à juger du cas d'une femme ayant été victime d'une césarienne à vif, et par la suite licenciée pour inaptitude physique du fait du syndrome anxio-dépressif dont elle est restée atteinte à la suite de son accouchement<sup>144</sup>.

S'agissant de la vie familiale, conjugale, amicale<sup>145</sup> et intime, l'impact des violences obstétricales sur la qualité de vie peut être important. En effet, les violences obstétricales peuvent entraîner une dégradation des relations de couple, avec une altération de la vie sexuelle - indemnisable au titre du préjudice sexuel - mais aussi du « climat conjugal »<sup>146</sup>. Cela peut s'expliquer bien entendu par l'état physique ou psychique de la femme mais aussi par le traumatisme subi par le conjoint qui a été, ou est encore, le témoin impuissant de la souffrance de sa compagne<sup>147</sup>.

De la même manière, les violences obstétricales peuvent avoir des répercussions sur le lien entre la mère et son nouveau-né : comme le souligne le HCE, dans de nombreux cas « *les femmes qui se sont senties dépossédées de tout contrôle lors de leur accouchement, ainsi que les femmes qui ont reçu un traitement inhumain et dégradant, ont constaté une dégradation de leur relation avec leur enfant*<sup>148</sup> ».

On peut citer également le risque de développer une anxiété liée à tout nouveau projet de grossesse ou d'accouchement par voie basse<sup>149</sup>, pouvant aller jusqu'à la tocophobie, peur pathologique de la grossesse et de

140 - A. Evrard, « Reconnaître et analyser les violences obstétricales, une démarche pertinente d'évaluation et d'amélioration des pratiques », *Périnatalité*, 2020/4, vol.12.

141 - C. Devos, L. Gaucher, C. Huissoud, « Comportements inappropriés des soignants en salle de naissance : une étude qualitative comparative - résultats préliminaires », *Périnatalité*, 2020, n° 4, Vol. 12. Cet article fait référence à CM Bossano, KM Townsend, AC Walton et al, « The maternal childbirth experience more than a decade after delivery », *Am J Obstet Gynecol*, 2017, 217:342.e1-342.e8 ; v. aussi V. Rozée, C. Schantz, « Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique », *op. cit.*, qui se réfère notamment à la loi adoptée au Venezuela sur ces violences : República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. 2007.

142 - Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*, *op. cit.*

143 - CA Montpellier, 5<sup>ème</sup> ch. civile, 19/04/2022, n° 19/03054. Dans cette affaire, la parturiente avait subi un déclenchement « sans raison médicale », et avait indiqué ne pas avoir été correctement informée des risques inhérents à une telle pratique. L'accouchement a été ponctué de complications (hémorragie massive de la patiente, suivie d'un arrêt cardiaque, qui a nécessité, après sa réanimation, une hystérectomie de sauvetage).

144 - CAA Paris, 3<sup>ème</sup> ch., 10/05/2023, *op. cit.*

145 - C. Devos, L. Gaucher, C. Huissoud, « Comportements inappropriés des soignants en salle de naissance : une étude qualitative comparative - résultats préliminaires », *op. cit.* ; cet aspect est aussi évoqué dans un arrêt de la CAA Bordeaux, 2<sup>ème</sup> ch., 03/11/2020, *op. cit.*, la requérante faisant état de la cessation des sorties avec la famille et les amis, en raison de ses traumatismes liés à l'accouchement.

146 - Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*, *op. cit.*

147 - Audition par le HCE, 2 février 2018 pour le Rapport sur *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical* ; et M. Déchalotte, *Le livre noir de la gynécologie*, *op. cit.*

148 - Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*, *op. cit.* Ce rapport renvoie sur ce point à l'étude suivante : R. Elmir, « *Women's perceptions and experiences of a traumatic birth : a meta-ethnography* », Blackwell Publishing Ltd, 2010.

149 - J. Lagoutte, « La difficile rencontre des VOG et du droit privé », *op. cit.* ; Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*, *op. cit.*

l'accouchement<sup>150,151</sup>. Notons que si l'impossibilité physiologique ou physique d'avoir des enfants peut donner lieu à indemnisation, il en va autrement lorsque l'impossibilité est d'ordre psychologique. Par exemple, la Cour d'appel de Douai, dans une décision du 6 octobre 2022<sup>152</sup>, refuse d'indemniser un quelconque préjudice d'établissement lorsqu'aucune contre-indication médicale n'existe à la survenue d'une nouvelle grossesse.

En ce qui concerne le rapport aux soins, il semble évident que les violences obstétricales, et même parfois les actes considérés comme de moindre gravité, peuvent avoir un impact sur les prises en charge futures de la femme<sup>153</sup>. En effet, il arrive que la patiente, en raison d'une perte de confiance envers le corps médical après un accouchement mal vécu, tende à s'éloigner des professionnels et du système de santé, ce qui peut avoir de graves conséquences pour sa santé individuelle, ainsi que pour la santé publique<sup>154</sup>.

Ces deux composantes, à savoir le rapport au soin - c'est-à-dire à sa propre santé - et la qualité de vie, sont difficilement transposables en termes juridiques<sup>155</sup> et semblent pouvoir prétendre à une « *qualification indéterminée d'un préjudice moral en quelque sorte « inconnu* »<sup>156</sup> » afin qu'elles soient enfin véritablement saisies par les juges.

Gageons que les juges, à force de tâtonnements, avanceront dans le sens d'une meilleure appréhension des violences obstétricales. En attendant, la rapporteure publique, dans une affaire maintes fois citée ici<sup>157</sup>, frappe par sa clairvoyance sur les limites de la prise en compte de ces violences par le droit en concluant « *qu'il convient [...] de s'en tenir à l'application de la règle de droit, aussi aride soit-elle, et malgré le sentiment d'une justice inachevée qu'elle peut procurer au juge*<sup>158</sup> ».

**Adélie Cuneo & Laurence Warin**

150 - Ce terme vient du grec *tokos* « accouchement », et *phobos*, « peur ».

151 - La cause principale retrouvée de tocophobie secondaire est l'antécédent de mauvais vécu d'un accouchement, or les victimes de violences obstétricales ont souvent eu un « mauvais vécu ». (A. Moura, « La tocophobie, vers quel accompagnement ? », Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme, 2020).

152 - CA Douai, 06/10/2022, n° 21/03292.

153 - C. Devos, L. Gaucher, C. Huissoud, « Comportements inappropriés des soignants en salle de naissance : une étude qualitative comparative - résultats préliminaires », *op. cit.*

154 - J. Lagoutte, « La difficile rencontre des violences obstétricales et gynécologiques et du droit privé », *op. cit.*

155 - *ibid.*

156 - *ibid.*

157 - CAA Bordeaux, 2<sup>ème</sup> ch., 03/11/2020, *op. cit.* Où la patiente avait subi un accouchement reconnu comme « violent » ainsi que des séquelles gynécologiques.

158 - M-P Beuve Dupuy, concl. sur CAA Bordeaux, 2<sup>ème</sup> ch., 03/11/2020, *op. cit.*