

2 copies de ABEILLE (n) - de BOURGIN (Grenoble)

ARRÊT DU 11 AVRIL 2011
7ème Chambre A
PREVENU : SEKLAOUI Toufic
MB

ARRET N° 516 /M/2011

**COUR D'APPEL
D'AIX EN PROVENCE**

Prononcé publiquement le LUNDI 11 AVRIL 2011, par la 7ème Chambre A
Chambre correctionnelle de la Cour d'Appel d'AIX EN PROVENCE,

Sur appel d'un jugement du TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE GRASSE du 04
JANVIER 2010.

PARTIES EN CAUSE DEVANT LA COUR :

SEKLAOUI Toufic

[REDACTED]

prévenu de BLESSURES INVOLONTAIRES AVEC INCAPACITE
SUPERIEURE A 3 MOIS

non appelant

comparant assisté de Maître ABEILLE Jean-François, avocat au barreau de
MARSEILLE

LE MINISTÈRE PUBLIC :

appelant

Compagnie assurances ALLIANZ IARD
prise en la personne de son représentant légal en exercice,
Anciennement AGF IARD - - 87, rue de Richelieu - 75002 PARIS 02
Partie intervenante, non appelant

représentée par Maître ABEILLE Jean-François, avocat au barreau de
MARSEILLE

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE NICE
prise en la personne de son représentant légal en exercice,
48 Avenue Roi Robert - Comte de Provence - 06100 NICE
Partie intervenante, non appelante

non représentée

2
Toufic en
Comaration
de SEKLAOUI Toufic
de la Cie. Assurances
ALLIANZ IARD
le 12/04/2011

[Signature]
Greffe d'Aix

de BOURGIN
(Grenoble)

[REDACTED]
tant en leur nom personnel qu'en qualité de représentants légaux de
leur fils mineurs [REDACTED]

[REDACTED]
Partie civile, appelante

comparants assistés de Maître BOURGIN Edouard avocat au barreau de
GRENOBLE

Jean Claude COLAU
[REDACTED]

François CIANFARANI
[REDACTED]

J.H. RAVINA
[REDACTED]

comparants en personne

TEMOINS

LES APPELS :

appel a été interjeté par :

Monsieur [REDACTED], le 07 janvier 2010 contre Monsieur SEKLAOUI
Toufic, son appel étant limité aux dispositions civiles
Madame [REDACTED], le 07 janvier 2010 contre Monsieur SEKLAOUI
Toufic, son appel étant limité aux dispositions civiles
M. le procureur de la République, le 08 janvier 2010 contre Monsieur SEKLAOUI
Toufic

DEROULEMENT DES DEBATS :

l'affaire a été appelée à l'audience publique du 7 Mars 2011,

le président a constaté l'identité du prévenu,

Maître Bourgin , avocat des parties civiles, sollicite l'audition des témoins cités à
sa diligence,

le Ministère Public, Maître Bourgin , Maître Abeille ont été entendus sur ladite
demande,

la Cour décide de faire droit uniquement à la demande d'audition du Professeur
Colau,

le président a présenté le rapport de l'affaire,

puis, le président a interrogé Seklaoui Toufic qui a répondu aux diverses
interpellations à lui adressées,

les parties civiles ont été entendues en leurs observations,

puis, la Cour a procédé à l'audition du témoin, Jean Claude Colau qui a déposé séparément, après avoir prêté serment, le tout conformément aux prescriptions des articles 436 et 446 du Code de procédure pénale,

maître Bourgin a été entendu en sa plaidoirie et a déposé des conclusions,

le ministère public a pris ses réquisitions,

maître Abeille a été entendu en sa plaidoirie et a déposé des conclusions,

le prévenu ayant eu la parole en dernier,

le président a ensuite déclaré que l'arrêt serait prononcé le 11 Avril 2011.

DECISION :

rendue après en avoir délibéré conformément à la loi,

Toufic SEKLAOUI a été renvoyé par ordonnance d'un juge d'instruction de Grasse devant le tribunal correctionnel de cette ville pour avoir :

- à Cagnes-sur-mer, dans la nuit du 28 au 29 juillet 2000 causé à [REDACTED] [REDACTED] par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail de plus de 3 mois, en n'ayant pas pris les mesures permettant d'éviter la réalisation du dommage et en commettant une faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer, en l'espèce en faisant preuve d'une gestion critiquable de l'accouchement par une très grande lenteur dans la prise des décisions et de surcroît parfois inadaptées tel que des efforts expulsifs sur une présentation incertaine et très lente,

faits prévus et réprimés par les articles 121-3, 222-19, 222-44, 222-46 du code pénal.

Par jugement contradictoire en date du 11 février 2009, le tribunal :

Avant dire droit a désigné un collège d'experts inscrits sur la liste des experts de la cour d'appel de Paris et de la Cour de cassation, savoir:

- Mme Catherine ADAMS BAUM, radiologue spécialisée dans l'imagerie médicale - avec pour sagesse:

-Monsieur LEPERCQ, obstétricien -

- Madame Caroline REY SALOMON, Pédiatre - légiste -

Par jugement contradictoire en date du 4 janvier 2010, le tribunal :

sur l'action publique

- a relaxé Toufic SEKLAOUI,

sur l'action civile

- a débouté [REDACTED], [REDACTED] épouse [REDACTED], en leur nom personnel et es qualité de représentant légaux de leurs fils mineurs [REDACTED] et [REDACTED], en raison de la relaxe du prévenu.

Les parties civiles et le ministère public ont successivement et régulièrement interjeté appel de ce jugement les 7 et 8 janvier 2010.

La CPAM des Alpes - Maritimes régulièrement assignée n'a pas comparu, il sera statué par défaut à son égard.

Met Mme [REDACTED] agissant en leur nom personnel et comme représentants légaux de leurs enfants mineurs [REDACTED], [REDACTED] et [REDACTED] [REDACTED], soit postérieurement au jugement dont appel, ont sollicité :

- la réformation du jugement attaqué,

- la consécration des responsabilités pénales et civiles de M SEKLAOUI et sa condamnation à payer à titre provisionnel :

en réparation des :

préjudices patrimoniaux de [REDACTED]

- frais divers de tierce personne	800 000€
- frais d'adaptation du logement	100 000€
- frais d'aménagement du véhicule	25 000€
- tierce personne (à compter de l'âge de 10 ans)	500 000€
- incidence professionnelle	500 000€

préjudices extra-patrimoniaux

- déficit fonctionnel temporaire	57 600€
- souffrances endurées	60 000€
- déficit fonctionnel permanent	500 000€
- préjudice esthétique	60 000€

en réparation des préjudices des proches

- préjudice moral

pour chacun des parents	150 000€
pour [REDACTED]	60 000€

- préjudice économique et professionnel des parents 100 000€

Subsidiairement

- sur l'action publique :un supplément d'information,

-l'application de l'article 470-1 du code de procédure pénale et en vertu des articles L 1142-1 du code de la santé publique et de l'article 1147 du code civil ainsi que de l'article L 114-5 alinéa 2 du code de l'action sociale la condamnation de M SEKLAOUI à réparer l'entier préjudice,

Plus subsidiairement en vertu de l'alinéa 2 de l'article 470-1 du code de procédure pénale, le renvoi de l'affaire devant la juridiction civile afin que la clinique St Jean de Cagnes sur Mer soit condamnée solidairement avec M SEKLAOUI,

En toute hypothèse l'instauration d' une expertise afin de déterminer les préjudices de [REDACTED] et de son entourage,

Assortir les dispositions civiles de l'exécution provisoire,

Condamner M SEKLAOUI et son assureur ALLIANZ à leur payer la somme de 25 000€ en vertu de l'article 475-1 du code de procédure pénale.

Le Ministère Public a requis la condamnation de M SEKLAOUI à une peine qu'il appartiendra à la Cour d'arrêter, l'infraction reprochée étant établie par les fautes d'imprudence et de négligences commises par le prévenu telles que son absence au moment où le fœtus présentait une souffrance aigue et imposait une césarienne, un retard dans les opérations de mise au monde après de vaines tentatives d'extraction instrumentale ,l'absence d' organisation en amont d'une éventuelle césarienne et la non surveillance clinique du fœtus entre la décision d'opération et sa mise en oeuvre durant plus de 30 minutes au cas où il serait nécessaire de pratiquer une césarienne en extrême urgence, ces fautes étant en relation directe et certaine avec les dommages subis par l'enfant.

M SEKLAOUI, assisté de son Conseil qui a déposé des écritures, en son nom et au nom de son assureur ALLIANZ IARD, a sollicité la confirmation de la décision déferée, et subsidiairement, pour le cas où sa responsabilité civile serait retenue, la réduction à de plus justes proportions des indemnités provisionnelles réclamées pour l'enfant et le rejet de celles présentées au nom de ses proches.

Le docteur Seklaoui fait valoir qu'au regard des rapports des professeurs GIRE et D'ARCOLE, PUTET et RACINET , ADAMSBAUM , RÉY- SALOMON et LEPERCQ, aucune faute a fortiori caractérisée ne peut lui être reprochée, qu'aucun lien causal entre les conditions d'accouchement et l'état actuel de [REDACTED] ne saurait être établi, qu'il s'ensuit que l'infraction reprochée ne peut lui être imputée.

Il ajoute que si la demande d'application des dispositions de l'article 470 -1 du code de procédure pénale est dans son principe recevable en cas de relaxe, en l'occurrence les dispositions de l'article L. 1142 -1 du code de la santé publique ne peuvent être invoquées puisqu'elles sont entrées en vigueur postérieurement à l'accouchement, qu'en vertu de l'article 1147 du Code civil, la question qui se pose est de savoir s'il a agi conformément aux données acquises de la science et qu'en l'espèce les éléments démontrent non seulement qu' aucune faute ne peut lui être reprochée au regard des données acquises de la science mais encore qu'aucun lien causal direct et certain ne peut être établi entre les gestes qu'il a accomplis lors de l'accouchement et l'état actuel de [REDACTED], étant rappelé qu'une erreur de diagnostic n'est pas constitutive d'une faute pénale ou civile.

SUR CE

A/ Sur l'action publique

Attendu qu'il résulte de l'information et des débats tant devant les premiers juges que devant la Cour que:

-1/ le couple [REDACTED] a déposé plainte avec constitution de partie civile le 6 juillet 2001 contre X du chef de coups et blessures involontaires et extorsion de signature sur personne vulnérable, en exposant que:

[REDACTED] [REDACTED] avait accouché à la clinique Saint-Jean à Cagnes-sur-Mer le 29 juillet 2000 d'un garçon prénommé [REDACTED] atteint d'une encéphalopathie convulsive et d'une microcéphalie depuis sa naissance et souffrait d'épilepsie et de troubles moteurs irréversibles, que le docteur Seklaoui gynécologue obstétricien avait suivi la mère pendant sa grossesse qui était normale et avait évoqué la possibilité d'une césarienne en raison de la grosseur du foetus, qu'au cours de l'entretien préalable avec le docteur Aime, anesthésiste, Mme [REDACTED] s'était opposée à une péridurale mais avait accepté une césarienne, que la pelvimétrie réalisée 10 jours avant l'accouchement montrait que le crâne du foetus était normal, que la mère avait été admise la clinique le 28 juillet 2000 à 17 heures, qu'elle était entrée en salle d'accouchement vers 1 heure, que Mme Boullier, sage-femme, avait percé la poche des eaux, que vers 3 heures elle avait décelé une bosse séro-sanguine et appelé le docteur Seklaoui, que celui-ci avait procédé à un examen au cours duquel il avait semblé confondre la tête et le siège de l'enfant, qu'après une échographie il avait constaté que l'enfant se présentait par la tête et était retourné à son domicile, que l'accouchement ne progressait plus, que la mère souffrait et demandait une césarienne, que le médecin lui avait imposé une péridurale disant qu'elle mettait son bébé en danger, qu'elle avait signé un accord sous la contrainte, qu'à 7 heures l'équipe médicale avait décidé l'usage de spatules sur une tête fragilisée non-engagée qui présentait un danger certain, que le docteur Seklaoui avait effectué deux tentatives avec les spatules, que la parturiente entendait les spatules s'entrechoquer et avait vu la projection d'un liquide jaune orangé, qu'à 7 heures 30 le médecin avait décidé une césarienne sous péridurale, que l'enfant n'était plus sous monitoring de 7 h 30 à 7 h 50 début d'intervention et qu'après un certain mutisme du corps médical la mère avait appris que l'enfant avait été transféré à l'hôpital L'eval où les médecins avaient confirmé le diagnostic d'anoxie ischémique, oedème cérébral et hémorragie méningée.

2/L'accouchement et ses suites se sont déroulés comme suit :

- le 27 juillet 2000 à 17 heures 45 Mme [REDACTED] a été admise à la maternité Saint-Jean. Elle présentait une pression artérielle 156/84 mm Hg, une température de 37,3°C, une albumine et albuminurie négative. La hauteur utérine était à 35 - 36 cm, le col était centré, peu épais moyennement mou, la poche des eaux était petite, la présentation très haute et l'enregistrement du rythme cardiaque foetal (RCF) était qualifié de normal. Le docteur Seklaoui, informé, a donné pour consigne de laisser la patiente à jeun pour le lendemain matin en l'absence d'entrée en travail,

- à 22 heures les contractions utérines étaient plus intenses. Le col utérin était centré, effacé 3 - 4 cm, la poche des eaux était bombante et la présentation appliquée. Mme [REDACTED] a informé la sage-femme qu'elle ne voulait pas d'anesthésie locorégionale,

- à 1h10 la dilatation du col utérin était à 4-5 cm justifiant le transfert en salle de naissances. La présentation était haute et mobile. La pression artérielle était de 149/72mmhg, la température à 37,9° C, la patiente était calme, la fréquence des contractions était évaluée cliniquement à 1 toutes les 5 minutes et ne pouvait être enregistrée du fait de la corpulence de la patiente. Le col était dilaté à 5 cm, la sage-femme a procédé à la rupture des membranes et a constaté un liquide amniotique clair. Une perfusion d'ocytocine a été posée avec un débit de 2,5 mU/ mn,

- à 2 h la fréquence des contractions était évaluée à 1 toutes les 3 minutes, le col était dilaté à 6 cm, souple, le liquide amniotique était clair, la présentation était fixée. La patiente était calme. L'analyse du rythme cardiaque foetal (RCF) révélait une fréquence de 140 battements par minute, le rythme était normo-oscillant et normo-réactif à l'exception de 2 ralentissements variables brefs et peu profonds à 1 h21 et à 1h29. L'enregistrement est devenu ininterprétable du fait de l'agitation maternelle entre 1h50 et 2 h. Le débit de la perfusion était augmenté à 5 mU/mn,

- à 2h40 la fréquence des contractions était de 1 toutes les 2 minutes, le col était dilaté à 7 cm souple, le liquide amniotique était clair, la présentation a été notée en voie d'engagement et la présence d'une bosse séro sanguine a été notée. La patiente était calme.

La fréquence du rythme cardiaque foetal est de 120 bpm, normo-oscillant sans ralentissement significatif. Il existe des ralentissements variables, brefs et peu profonds et des accélérations de 20 à 30 bpm d'amplitude,

à 3h20, la fréquence des contractions est évaluée à 1 toutes les 2 minutes, le col est dilaté à 7, bridé, il est noté que la patiente s'agite.

Le rythme cardiaque foetal est de 120bpm, il est normo-oscillant, il existe des ralentissements variables brefs et peu profonds et des accélérations de 20 à 30bpm d'amplitude,

entre 3h20 et 3h30 du fait de l'agitation maternelle et de l'impossibilité d'enregistrer convenablement le rythme cardiaque foetal, la sage-femme appelle le docteur Seklaoui qui arrivait entre 3h20 et 3h55,

- à 3h50 une oxygénée thérapeutique est administrée à la patiente, le docteur Seklaoui constate un col rigide dilaté à 7 cm, une présentation fixée, la présence de la bosse séro sanguine qualifiée d'inhabituel de par la précocité de sa survenue et ses caractéristiques, les repères osseux de la présentation ne pouvant être appréciés il effectue une échographie qui permet de préciser l'orientation de la tête foetale en ODP défléchie. Un spasmolytique est administré dans le but d'assouplir le col. La patiente est calmée et le rythme cardiaque foetal devient à nouveau interprétable.

L'analyse du rythme cardiaque foetal révèle une fréquence de 120 – 130 bpm, normo-oscillant avec d'amples accélérations sans ralentissement.

Le docteur Seklaoui demande à sa cliente de reconsidérer son refus de l'anesthésie locorégionale.

-à 4h15 la patiente accepte la pose d'une anesthésie locorégionale, l'anesthésiste est appelé,

-à 4h30 le col est dilaté à 7 cm, rigide. Le docteur Seklaoui se donne un délai d'une heure pour réévaluer la situation,

à 4h50 l'anesthésie loco régionale est mise en place,

Le tracé du rythme cardiaque foetal révèle une fréquence qui passe de 120 à 100 bpm avec de nombreuses accélérations sans ralentissement,

à 5 h le débit de la perfusion est augmenté à 9 m U/mn,

La fréquence du rythme cardiaque foetal est de 100 bpm il existe des accélérations de très grandes amplitudes (60) sans ralentissement,

à 6 h la fréquence des contractions est évaluée à 1 toutes les 3 minutes, le col est dilaté à 8, bridé. Un sondage vésical est réalisé. La sage-femme appelle le docteur Seklaoui qui arrive entre 6 h 15 et 6 h 25,

à 6 h 25 le débit de la perfusion est augmenté à 12 mH/mn,

La fréquence du rythme cardiaque foetal est identique soit 100 bpm avec accélérations de très grandes amplitudes sans ralentissement,

entre 6 h 45 et 7 h la fréquence des contractions est évaluée à 1 toutes les 3 minutes. Le débit de la perfusion est augmenté à 18 mU/mn, la fréquence du rythme cardiaque foetal est de 100 bpm avec des accélérations sans ralentissement, une tentative d'efforts expulsifs est pratiquée entre 7 h et 7 h27.

Le docteur Seklaoui dans un premier temps effectue une vaine tentative de rotation à l'aide d'une unique spatule puis une tentative d'extraction à l'aide des spatules qui demeure infructueuse la déflexion de la tête foetale restant irréductible. Une césarienne est alors décidée.

Le tracé du rythme cardiaque foetal révèle une fréquence de 100bpm avec une diminution de l'amplitude des oscillations, des accélérations de 40 à 60bpm et de minimes ralentissements brefs et peu profonds entre 7 h 15 et 7h 25, une tachycardie à 160 bpm est notée puis la fréquence cardiaque revient à 120 bpm jusqu'à 7h27 où la patiente est préparée en vue de la césarienne puis transférée au bloc opératoire.

à 7 h30 tous les intervenants à la césarienne étaient présents au bloc opératoire,

à 7h35 réinjection de l'anesthésie péridurale, la pression artérielle est normale 160/80, la saturation en oxygène est à 100%, il n'y a pas d'examen clinique, aucune information sur la vitalité foetale n'est disponible, absence d'enregistrement du rythme cardiaque foetal et absence d'auscultation des bruits du coeur foetal,

Extraction foetale à l'aide d'une spatule de désengagement présence de méconium récent,

à 7h57 naissance d'un garçon de 3360g immédiatement pris en charge par le docteur Messa pédiatre, administration à Mme [REDACTED] d'une antibio prophylaxie,

à sa naissance l'enfant a présenté un pouls toujours supérieur à 100, il était de couleur rose, il n'y a pas eu de cri immédiat, il y a eu peu à pas de mouvements spontanés, une hypotonie axiale est notée, il a bénéficié d'une aspiration à la sonde et d'une ventilation légère au masque, par la suite son rythme cardiaque a été de 130 à 140, il n'y a pas eu de cri mais quelques mouvements des membres supérieurs et inférieurs, le score d'Agpar a été à 4/6/6 respectivement à 1,3 et 5 minutes de vie,

dans les jours qui ont suivi un oedème cérébral a été confirmé et ultérieurement l'IMOC (infirmité motrice d'origine cérébrale) dont il est atteint.

- le placenta a été détruit par le Dr SEKLAOUI,

-la sage- femme Mme BOULLIER a fait une déclaration de sinistre à son assureur en joignant une copie du rapport de l'accouchement parce qu'elle se reprochait de ne pas avoir insisté auprès du Dr SEKLAOUI pour la mise en oeuvre d'une césarienne plus tôt. Elle a aussi été l'objet de pressions de sa hiérarchie pour modifier certains documents médicaux dont le partogramme qui mentionne césarienne SFA (souffrance foetale aigue) + position défléchie.

- le Dr Seklaoui a, dans les jours qui ont suivi, effectué des ajouts à son rapport ,et c'est en vertu de ce rapport modifié que les expertises judiciaires ci- après développées ont été réalisées , les modifications ayant été découvertes à l'issue de l'information à l'occasion de l'audition par la juridiction de jugement de Mme BOULLIER , sage-femme.

3/les déclarations du Dr SEKLAOUI et de la sage-femme Mme BOULLIER:

-Lors de son audition initiale par les enquêteurs, le docteur Seklaoui s' est opposé aux déclarations de Mme [REDACTED]. Il a indiqué qu'il avait pris l'initiative d'effectuer la pelvimétrie au 9e mois en raison d'une présentation haute et que ses clientes choisissaient entre la clinique Saint-Jean et l'hôpital Lenval pour accoucher. Il a confirmé que sa cliente s'était opposée à la péridurale et précisé que le suivi de la grossesse était normal la mère ayant seulement tendance à prendre trop de poids. Il a ajouté avoir vu sa cliente la dernière fois à son cabinet le 21 juillet 2000, avoir eu connaissance de son arrivée le 28 juillet 2000 et être allé la voir à 19 h 30 et avoir demandé à la sage-femme de la laisser à jeun, qu'il avait été appelé à 3 h 20 par la sage-femme qui ne pouvait plus enregistrer le coeur du bébé en raison de l'obésité et de l'agitation de la mère, celle-ci refusant une péridurale et la dilatation étant arrêtée, qu'il s'était rendu sur place à 3 h 40, avait constaté l'agitation de la mère, le rythme cardiaque du bébé imprenable en raison de l'obésité, le col ouvert à 7 cm ,rigide et cerclé, la présentation fixée et une bosse séro sanguine inhabituelle du fait de sa survenance rapide, de son importance de sa consistance qui évoquait une fesse ou un céphalomatome, qu'après l'échographie il avait constaté une présentation céphalique en OI DP mal défléchie, qu'il avait estimé que la bosse ne compliquait pas la suite du travail, prescrit du spasfon, calmé la mère, le couple ayant accepté la péridurale après qu'il leur ait expliqué les avantages, changé le capteur des contractions mais que celles-ci n'étaient toujours pas enregistrables, que le monitoring était devenu interprétable quand la mère s'était calmée, que cette dernière n'avait pas demandé de césarienne et qu'il avait demandé à la sage-femme de le rappeler dans une heure, qu'à 4 h 30 en partant il avait rencontré l'anesthésiste sur le parking et lui avait laissé les mêmes consignes, que la sage-femme avait appelé à 6 heures 05, qu'il avait constaté un rythme cardiaque foetal saltatoire avec ralentissements et bradycardies depuis une heure que cette anomalie traduisait une souffrance foetale et qu'il estimait que la sage-femme aurait dû l'appeler plutôt, qu'il avait estimé le bébé en danger et que pour aller plus vite il avait choisi la voie basse en constatant que le col était à 9 cm, qu'il se dilatait complètement à la contraction, que la présentation était en OI DP mal défléchie en début d'engagement, qu'il avait tenté de verticaliser la présentation à 6 h 45 , puis avait fait une tentative avec une spatule. que la présentation tournait sans fléchir qu'il était 6 h 50 et qu'il avait constaté une aggravation du rythme foetal qu'il avait fait appeler le pédiatre et avait tenté une dernière extraction avec les spatules, qu'à 7 heures il avait décidé la césarienne qui avait commencé à 7 h 05 et que le bébé

était né à 7 heures 55 et avait été remis immédiatement au pédiatre, lui-même s'occupant de la mère, que malgré les déclarations du pédiatre évoquant un peu d'hypotonie il était inquiet sur le sort de l'enfant, qu'il estimait n'avoir commis aucune faute, ne pouvait dire si l'état de l'enfant était dû aux circonstances de l'accouchement en précisant que le partogramme et le tracé du monitoring portaient des annotations de la sage-femme incorrectes au niveau des heures.

Devant le magistrat instructeur le docteur Seklaoui a indiqué qu'il était reparti chez lui dans la nuit parce que la patiente et le bébé allaient bien et que sa présence n'était pas nécessaire, que l'injection de la péridurale avait pour but de favoriser la dilatation du col et d'apaiser la mère de manière à récupérer un tracé correct du rythme cardiaque pour pouvoir prendre une décision dans la sérénité, qu'à la suite de l'appel de la sage-femme il avait mis 17 minutes pour revenir, que s'il avait effectivement commandé la péridurale aux alentours de 4 h 15 avec le temps de préparation et d'arrivée de l'anesthésiste, celle-ci a dû être posée aux alentours de 4h 50 et que la sage-femme aurait donc dû l'appeler vers 5 h 50, 6 heures, qu'à son arrivée il avait constaté qu'il y avait un rythme cardiaque anormal sans être pour autant pathologique et avait estimé qu'il fallait terminer l'accouchement plus vite, qu'il avait un bébé qui n'était pas gros, un bassin large, une dilatation du col quasi complète, que la présentation était défléchie mais que le bébé commençait à s'engager et qu'il avait donc estimé que la façon la plus rapide de terminer l'accouchement était de procéder par voie basse, d'autant plus que les risques de césarienne chez cette patiente étaient importants compte tenu de son obésité, que dans ce dossier il n'avait pas eu de chance parce que si la sage-femme avait appelé vers 5 h 40 alors que la dilatation du col n'était pas encore complète il ne se serait pas permis d'attendre il aurait immédiatement décidé une césarienne mais que lorsqu'il était arrivé à 6 h 20, ce n'était pas le cas, la dilatation était quasi complète et qu'il avait donc estimé que la voie basse était la plus rapide, qu'il était inimaginable de procéder à la détermination du pH foetal qui ne se pratiquait pas dans les établissements de la région en l'absence de matériel et que par ailleurs sa réalisation était contre-indiquée parce qu'il aurait pu toucher une veine ou créer une hémorragie, qu'il avait utilisé des spatules non pas à titre de traction mais essentiellement pour tourner la tête dans l'axe du bassin mais qu'à chaque fois la tête de l'enfant, après s'être remise dans l'axe, repartait et ne fléchissait pas, qu'il avait compris plus tard pourquoi elle ne fléchissait pas et que selon lui c'était parce que l'enfant était paralysé et ne pouvait pas fléchir sa tête, qu'il avait fait des essais avec les spatules, qu'il avait essayé une deuxième tentative car en s'engageant le bébé avait présenté un ralentissement cardiaque, fait habituel dans les engagements mais compte tenu des circonstances il voulait que l'enfant sorte au plus vite, qu'il avait dû néanmoins renoncer très vite car au lieu de fléchir sa tête le foetus a défléchi sa tête et qu'il aurait pu venir s'engager dans le bassin, qu'il avait enlevé les spatules et donné l'ordre de passer à la césarienne, que le temps que la sage-femme appelle l'anesthésiste, l'infirmière de bloc, qu'elle prépare la patiente, il attendait que la patiente passe au bloc pour faire la césarienne et ne pouvait rien faire de plus, que le temps mis de l'ordre de 20 minutes s'explique par la préparation de la patiente mais qu'en cas d'extrême urgence on s'occupe moins des conditions d'hygiène, qu'il ne pensait pas qu'il y avait urgence absolue parce que le tracé RCF (rythme cardiaque foetal) était redevenu normal vers 7 heures, que durant le délai d'attente l'amélioration du bien-être foetal par le positionnement de la mère en décubitus latéral gauche ou par oxygénation relève de la sage-femme, lui-même étant en train de se laver, qu'il n'avait pas pesé le placenta parce que lors de l'extraction de l'enfant celui-ci paraissait tout à fait normal, qu'il avait été déstabilisé lorsqu'il avait appris que l'enfant était dans un état grave et n'avait pas pensé au placenta, ce qu'il regrettait puisque son analyse aurait eu pour effet de le disculper, que s'il avait dit aux services de police qu'il y avait

un rythme saltatoire qui pouvait faire penser à une souffrance foetale il s'agissait d'un rythme anormal et non pathologique comme l'appelle le professeur RACINET, qu'il n'y avait aucun symptôme, aucune traduction de la souffrance de l'enfant qu'il ne pouvait pas faire de diagnostic parce qu'on ne peut pas lui reprocher de ne pas avoir décelé ce qui n'était pas décelable, que les experts reconnaissent que le RCF ne révélait pas de souffrance totale aiguë qui aurait nécessité une césarienne en urgence et ne remettent pas en cause sa tentative d'extraction par spatules, qu'il ne pouvait connaître, ni diagnostiquer les lésions dont souffrait l'enfant et qu'il s'interrogeait sur le fait de savoir si l'état de l'enfant est dû ou non à l'accouchement, les critères d'asphyxie per partum n'étant pas présents et ajoutait que sa cliente n'était pas facile et que si elle avait accepté de suite la péridurale celle-ci aurait été posée bien avant 4 heures, que la patiente avait développé une hyperthermie qui doit certainement être liée à une infection antérieure à la naissance et qui pourrait être prise comme cause des lésions neurologiques de l'enfant, que si cette hyperthermie était liée à la césarienne elle ne serait apparue que 48 heures après, qu'elle avait été décelée le jour de l'accouchement et qu'elle était liée à une infection qui précédait certainement de plusieurs jours cet accouchement et que cette infection pouvait être une des causes de l'IMOC.

Mme Laurence Boullier sage-femme a déclaré qu'à son arrivée Mme [REDACTED] lui avait fait connaître son refus de la péridurale, qu'elle avait été placée en salle de travail à 1 h 15, qu'elle lui avait percée la poche des eaux dont le liquide était clair, qu'à 2 h 40 elle avait constaté un rythme cardiaque du bébé anormal entre 100 et 120 ainsi qu'une bosse séro sanguine absente au précédent examen 3/4 d'heure plus tôt, qu'à 3 h 20 elle avait appelé le docteur Seklaoui en insistant sur sa venue et avait fait part d'un mauvais pressentiment à l'aide soignante, qu'à 4 heures le docteur Seklaoui avait constaté une présentation par le siège, qu'elle lui avait indiqué qu'il s'agissait d'une bosse séro sanguine, que le médecin avait vérifié en faisant une échographie, qu'elle n'avait pas été étonnée par la pose de la péridurale qui devenait un acte médical et non de confort, qu'elle avait appelé l'anesthésiste qu'à son étonnement le docteur Seklaoui était reparti chez lui en disant de l'appeler une heure plus tard, qu'à 6 heures elle avait appelé le docteur Seklaoui, que ce dernier avait constaté un rythme saltatoire qui existait déjà à 4 heures, qu'il avait décidé une extraction par voie basse, qu'elle lui avait demandé s'il était sûr et qu'il avait répondu affirmativement sur un ton sans appel, que le liquide orange correspondait à l'usage de la bétadine au moment de l'utilisation des spatules, qu'après l'échec des deux tentatives d'extraction avec les spatules, le médecin s'était affolé et avait décidé la césarienne, que pendant l'extraction le bébé était coincé et qu'elle avait proposé d'aller chercher les spatules ce que le médecin avait accepté, que l'enfant avait été sorti avec les spatules, qu'il avait fait son méconium et que le liquide amniotique était vert ce qui était révélateur d'une souffrance foetale postérieure à la rupture de la poche des eaux. Elle a ajouté qu'elle regrettait de ne pas avoir insisté auprès du médecin pour qu'il pratique une césarienne plus tôt et que le lundi 31 juillet 2000 elle avait fait un rapport incident à sa compagnie d'assurances.

-4/ les rapports d'expertises judiciaires réalisés durant l'information:

un premier rapport d'expertise judiciaire du professeur d'Ercole, gynécologue obstétricien et du docteur Gire, pédiatre néonatalogiste a été déposé le 13 décembre 2002, ses conclusions sont les suivantes :

« [REDACTED] présente une encéphalopathie congénitale fixée séquelle d'une encéphalopathie anoxo ischémique d'origine périnatale. Cette encéphalopathie entraîne une tétraparésie spastique, un retard intellectuel profond, une microcéphalie, et une épilepsie symptomatique qui est souvent sévère nécessitant des associations polymédicamenteuses comme dans le cas de [REDACTED]. Des progrès sont possibles mais restent limités par l'étendue des lésions cérébrales initiales.

Il existe dans cette observation de nombreux critères définissant une asphyxie périnatale. C'est-à-dire que l'hypoxo-ischémie a eu lieu dans une période qui entoure l'accouchement mais qu'il est difficile à préciser.

L'analyse du dossier obstétrical dans son ensemble montre que la grossesse était suivie de façon normale et qu'il n'a pas été relevé d'anomalie maternelle ou foetale.

Au cours de l'évolution du travail sont apparus des éléments de dystocie (stagnation de la dilatation de 4 heures, bosse séro sanguine importante) accompagnés d'anomalies du rythme cardiaque foetal. L'attitude la plus appropriée, rétrospectivement, aurait été envisagée une extraction par césarienne à la constatation de ces éléments. En effet, les décisions prises ont eu pour effet de retarder la naissance de l'enfant. Ce retard a pu majorer l'état d'hypoxie de l'enfant et expliquer en partie le mauvais état néonatal.

Il faut cependant noter les limites de l'enregistrement cardiotocographique (et donc de l'évaluation de la souffrance foetale) qui tiennent d'abord au tracé ininterprétable des contractions utérines et à plusieurs passages également en interprétant du rythme cardiaque foetal.

Il est également important de noter que l'étude « au fur et à mesure » de ces éléments dans leur chronologie d'apparition montre que ces éléments péjoratifs sont apparus de façon progressive et que les décisions prises « au fur et à mesure » reposent également sur des arguments médicaux, même si ces décisions n'étaient pas les plus appropriées. »

-Puis le magistrat instructeurs a commis les professeurs RACINET, gynécologue accoucheur, et PUTET, pédiatre lesquels ont déposé leur rapport définitif le 4 janvier 2006 en le concluant ainsi :

C'est après avoir rappelé que les arguments avancés dans les conclusions sont basés sur le niveau scientifique le plus élevé représenté par la publication en janvier 2003 des travaux de la Task force effectuée conjointement par l'académie américaine de pédiatrie et par le collège américain des gynécologues accoucheurs ainsi que les recommandations pour la pratique clinique concernant la césarienne éditée en décembre 2000 et que le rapport de l'ACOG/ AAP rappelle que les données épidémiologiques convergents depuis 15ans environ à savoir que l'IMOC (infirmité motrice d'origine cérébrale) (3 cas pour 1000 enfants) n'est expliquée que par une « souffrance » foetale aiguë exclusive survenue pendant l'accouchement que dans 9 % des cas, contrairement à une opinion ancienne qui en faisait la cause majoritaire, qu'il faut ajouter que dans 25 % des cas il existe une hypoxie mixte à début anténatal, que dans 10 % la cause est strictement postnatale et enfin que la cause prédominante soit 50 % des cas réside dans une cause anténatale exclusive, dont malheureusement le diagnostic dont la prévention sont encore actuelles très déficitaires, ont retenu que

L'enfant [REDACTED] est atteint d'une infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) causée très probablement par une anoxie périnatale. Cette affirmation est basée sur les arguments suivants :

- l'enfant présentait une tétraplégie spastique
- il a été atteint d'une encéphalopathie néonatale modérée selon les critères de Sarnat
- il n'a pas été retrouvé de cause traumatique, génétique, infectieuse ou thrombophilique actuellement décelable.

- L'acidose métabolique constatée à la naissance est le 4^e élément indispensable à l'affirmation de la cause asphyxique. Mais sa détermination n'a pas été réalisée, ce qui bien entendu ne peut être retenu comme une preuve d'absence d'acide métabolique. Il a été constaté plus tardivement l'existence d'une acidose métabolique compensée et un taux franchement anormal et abaissé de bicarbonates entre 2 heures et 2 h 30 en période postnatale, qui permettent de retenir la présence de ce facteur acidotique.

La chronologie d'apparition des lésions anoxiques est plus difficile à affirmer, d'autant plus,

rappelons-le, que la chronologie peut être composite associant une part anténatale et une part per-natale (constatée dans 25 % des IMOC)

Classiquement, l'asphyxie est considérée comme d'apparition per-partum exclusive lorsque les 5 critères suivants sont constatés : apparition d'un phénomène hypoxique « sentinelle » (soit patent, soit moins évident), d'une bradycardie foetale soudaine et permanente ou d'une absence de variabilité associée à des décélérations persistantes tardives ou variables après un phénomène sentinelle, un score d'Apgar de 0 à 3 à 5 mn, une défaillance multiviscérale installée dans les 72 heures de vie, une imagerie cérébrale précoce montrant une anomalie aiguë et diffuse (oedème par exemple) et constitution décalée dans le temps de lésions poste anoxique prédominant sur les noyaux gris centraux. Seuls les 2 derniers éléments sont présents en partie (défaillance rénale isolée et imagerie limitée à la constatation d'un oedème), mais surtout le score d'Apgar n'est pas fortement déprimé car il est noté à 6 à 5 mn et, de fait, il n'y a pas eu de nécessité de réanimation à la naissance

Mais dans ce cas particulier, il existe plusieurs arguments qui ne soutiennent pas une chronologie ante-partum :

- absence de pathologie gravidique anténatale (à vrai dire rarement identifiée)
- absence d'hypotrophie foetale, que le tabagisme maternel pouvait faire craindre, plus fréquente mais qui reste minoritaire
- accouchement à terme (en effet la prématurité est parfois un marqueur de pathologie anténatale)
- (RCF) rythme cardiaque foetal strictement normal à l'admission clinique.
- absence à la naissance des signes évocateurs d'une atteinte neurologique anténatale (à savoir pouce « corticale » fixé, palais ogival, chevauchement des sutures crâniennes constatés dès la naissance)

Cependant, il faut préciser que ces différents signes, n'ont pas une bonne sensibilité (souvent absents en cas de maladies anténatales, donc nombreux faux négatifs) et ont également une mauvaise spécificité (assez souvent présents en cas d'absence de maladie anténatale : il y a beaucoup de faux positifs).

Inversement, si l'on reprend l'examen des 5 critères secondaires vu plus haut, les éléments suivants ne permettent pas d'affirmer une origine per - partum exclusive de l'asphyxie :

- on n'a pas identifié un phénomène sentinelle indiscutable (après réflexion approfondie, on ne peut pas retenir que la survenue d'une volumineuse bosse séro sanguine soit assimilable à un tel phénomène sentinelle, comme cela est expliqué plus haut car elle ne peut pas elle-même générer un phénomène ischémique).

– les anomalies du RCF sont réelles mais pas aussi marquées dans l'intensité comme dans la durée comme la Task Force le souhaite (il existe une réapparition d'un RCF normal ou presque à plusieurs reprises) et comme le rappelle le professeur Boog dans sa mise au point de 2001 sur la souffrance totale aiguë, bien connue des 2 parties.

– le score d'Apgar est coté à 6/10 à 5 mn. Or la Task Force de l'ACOG affirme dans la page 55 de son rapport : « sur la base de toutes les études antérieures, la position de la Task Force soutient qu'un score d'Apgar de 0-3 à 5 mn demeure un critère approprié en tant que marqueur potentiel d'une asphyxie intra-partum aiguë ». Il faut rappeler que l'établissement du score est subjectif, mais son établissement par le pédiatre d'en appliquer dans la stratégie obstétricale représente a priori une certaine garantie d'objectivité, quoi qu'en dise le pédiatre conseil des plaignants.

– l'infection nosocomiale constatée lors de l'hospitalisation en néonatalogie pourrait être incriminée mais il n'y a pas eu de choc septique ce qui rend en fait très improbable sa responsabilité.

– l'absence de lésions évidentes diffuses des noyaux gris centraux s'inscrit contre l'hypothèse d'une asphyxie aiguë per partum.

Par contre, l'évolution clinique de l'enfant décrite plus haut au cours des premiers jours de vie, les critères biologiques d'acidose métabolique modérée, l'apparition rapide d'un oedème cérébral régressant en quelques jours, sont fortement évocateurs d'une anoxie récente modérée (Amiel-Tison, neurologie périnatale page 183) sans pouvoir apporter plus de précision (sauf à reconnaître que l'oedème cérébral disparaît en général 4 jours après son apparition rapide en quelques heures après un processus anoxo-ischémiq, mais qu'il existe de nombreux résultats faussement positifs ou faussement négatifs).

Il manque surtout un maillon (absence de dépression néonatale sévère) pour affirmer que la quasi certaine anoxie s'est exclusivement constituée pendant le travail.

En définitive, l'IMOC est presque certainement liée à une asphyxie périnatale dont la cause n'apparaît pas évidente (intoxication, tabac, alcool, infection, maladies génétiques... ?) : il faut accepter le fait qu'il n'est pas possible de trouver la cause avec certitude dans un quart des cas environ-Amiel-Tison, neurologie périnatale 2002. La survenue la plus probable est, après examen soigneux de tous les arguments, d'origine pré-partum assez proche du terme avec une aggravation en per – partum.

Il n'est pas possible d'établir une chronologie plus précise et nous refusons de tomber dans le piège de forcer les faits pour trouver une réponse à tout prix.

Il est par contre assez évident que le Dr Seklaoui a fait preuve d'une gestion critiquable de l'accouchement (la gestion de la grossesse ne faisant l'objet d'aucune remarque, sauf l'indifférence manifestée à l'égard du tabagisme).

Le déroulement de l'accouchement a été à la limite de la dystocie dynamique.

La dilatation du col est passée de 5 cm à 1 h 15 à 9-10 cm à 6 h 50 soit une progression de 4-5 centimètres en près de six heures, donc plus lente que la vitesse minimale acceptée par Friedmann (1954) à savoir 1 cm heure chez une nullipare, mais supérieure à celle consentie par Milne (1991) à savoir 0,5 cm heures sur 4 heures et ceci après l'utilisation successive de la rupture des membranes, d'une perfusion oxytocique poussée au maximum tolérable et d'une analgésie péridurale.

Il faut rappeler que les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF 2000 peuvent justifier a posteriori cette expectative : « au cours du travail (y compris à dilatation complète), la réalisation systématique d'une césarienne après deux heures de stagnation de la dilatation doit être considérée, du fait d'une diminution des césariennes en cas d'expectative prolongée, sans augmentation significative de la morbidité maternelle. L'analgésie péridurale permet de rendre cette expectative plus tolérable ». Ainsi donc, il n'apparaît pas qu'il y ait eu une indication de césarienne si l'on considère uniquement la dynamique utérine.

La dystocie mécanique doit être fortement évoquée lors de la constatation d'une volumineuse bosse sérosanguine (malgré les dimensions du bassin maternel au scanner apparemment vastes, ce qui confirme bien que l'intérêt du scanner est nul pour établir le pronostic d'accouchement sur une présentation céphalique) apparaissant rapidement dans un contexte de lenteur de dilatation, sur une tête défléchie, qui est juste fixée c'est-à-dire non engagée, avec col rigide à 7 cm et ceci près de trois heures après la rupture de membranes, moment où l'engagement aurait dû être obtenu. D'ailleurs le Dr Seklaoui souligne son caractère inhabituel par sa survenue rapide et son importance, tellement marquée qu'il doit avoir recours à une échographie pour s'assurer qu'il s'agit bien d'une présentation céphalique, ce qui traduit bien sa perplexité devant cette situation. Il est possible que, inconsciemment, il ait rejeté l'idée d'une césarienne immédiate car plus risquée pour la mère qui refusait la péridurale, au profit d'un espoir assez irréaliste de terminaison de l'accouchement par voie basse.

Dans ce contexte, la survenue d'anomalies du RCF, difficiles à interpréter, et d'ailleurs insuffisamment marquées pour justifier à elles seules la terminaison chirurgicale de l'accouchement avant le début des efforts expulsifs, doivent être interprétées en fonction du contexte clinique. Mais ensuite, la très grande lenteur dans la prise de décision, l'absence de mesures alternatives d'amélioration du bien-être foetal (décubitus latéral...), les efforts expulsifs sur une présentation incertaine et très haute, sont difficilement acceptables même en faisant abstraction de la connaissance des suites post-natales.

Cependant si la critique de la gestion d'accouchement paraît légitime, il faut rappeler que celle-ci ne peut pas et ne doit pas être assimilée à la cause indiscutable de l'IMOC présentée par [REDACTED]. Il n'est pas permis d'affirmer qu'une césarienne plus précoce aurait évité sûrement les lésions neurologiques de [REDACTED], car les preuves d'une anoxie per partum exclusive ne sont pas présentes selon les critères les plus actuels de la Task Force. Il est simplement permis de penser qu'une césarienne plus précoce aurait probablement permis de limiter la sévérité des lésions.

En effet, si le tabagisme maternel a peut-être joué un rôle de facteur favorisant une hypoxie foetale chronique et de sensibilisation du cerveau à l'effet délétère d'autres facteurs, il paraît exclu qu'une cause anténatale (qui resterait à identifier) soit seule à l'origine de la microcéphalie survenue très précocement dès les premiers mois de vie, car le périmètre crânien est normal à la naissance.

Ainsi, on peut considérer que le manque de prudence ou la négligence du Dr Seklaoui paraît peu discutable (retards répétés aux prises de décision) et a pu jouer un rôle aggravant par une asphyxie per-partum surajouté (non aiguë), qui est certaine et qui concourt aux manifestations neurologiques.

Si l'on ne peut retenir de relation causale certaine exclusive entre cette gestion critiquable et les troubles neurologiques présentés par [REDACTED], on peut par contre la qualifier sous forme d'une perte de chance, qu'il appartiendra au juge d'estimer en fonction des éléments que nous avons développés »

ARRET N° 516 /M/2011

- le Dr SEKLAOUI au vu de ces rapports, a versé au dossier plusieurs avis critiques de la thèse des parties civiles et soutenant ses arguments dont notamment ceux du:

- docteur BUU-HOI gynécologue, dont les conclusions sont les suivantes: :

" ce dossier ne fait pas apparaître de faute pénale de la part du Dr Seklaoui qui a été présent chaque fois qu'il a été nécessaire auprès de sa patiente et qui a pris les décisions thérapeutiques qui lui paraissaient les mieux adaptés.

Une dystocie dynamique a été résolue par l'arrêt de la perfusion de syntocinon et la mise en place d'une péridurale.

À aucun moment, le tracé du monitoring a présenté un aspect caractéristique de souffrance totale aiguë indiquant une césarienne en urgence. (L'expert désigne pourra le confirmer).

Certes, a posteriori, on peut s'interroger sur la signification des anomalies du RCF, mais il s'agit d'une interprétation rétrospective, et on peut affirmer que de tels tracés sont compatibles avec la naissance d'enfants indemnes et rien ne permet d'affirmer qu'une césarienne plus précoce aurait permis de prévenir toutes lésions cérébrales chez l'enfant.

Il n'était pas possible ni dans l'établissement où la patiente a accouché, ni dans aucun autre établissement de la région de faire un P.H foetal.

La brève tentative de forceps était justifiée par l'espoir d'une extraction plus rapide et moins traumatisante qu'une césarienne. Elle n'est évidemment pas à l'origine des atteintes neurologiques de l'enfant, ni d'un retard significatif dans la décision de césarienne.

La prise en charge de l'enfant a été assumée par le pédiatre"

- professeur BOOG dont l'avis en date du 20 juillet 2005 est ainsi libellé:"

"Sur la durée de l'accouchement et sur la rapidité de la dilatation

Dans l'observation du cas qui m'est soumis il n'apparaît pas que l'évolution du travail ait justifié une indication de césarienne pour dystocie dynamique. La tentative prudente d'extraction par spatule sur un fœtus estimé de poids normale par l'échographie et sur un bassin préalablement évalué comme favorable par une radiopelvimétrie me semble d'autant plus justifiée que la césarienne devait être réalisée dans un contexte plus risqué, du fait de l'obésité maternelle et des complications thrombo-emboliques et infectieuses potentielles,

Sur l'interprétation du rythme cardiaque foetal

Les tracés de souffrance foetale typique sont des tracés plats avec des ralentissements variables tardifs ou des bradycardies sévères sans récupération ce qui ne correspond pas au dossier de Mme [REDACTED].

Les anomalies du rythme cardiaque foetal (RCF) significativement associées aux infirmités motrices cérébrales sont les ralentissements tardifs et les tracés plats,

ARRET N° 516 /M/2011

S'il s'avérait que les séquelles de l'enfant sont indiscutablement d'origine asphyxique, il faudrait soulever l'hypothèse d'un événement intercurrent survenu après l'arrêt de l'enregistrement du RCF entre 7 h 30 et l'extraction de l'enfant, comme par exemple une hypotension artérielle maternelle ou une hypertonie utérine sévères liées à la réinjection de l'analgésie péridurale. Je n'ai aucun renseignement à ce sujet dans le dossier qui m'a été soumis,

Sur l'opportunité de faire un micro prélèvement pour le PH au scalp

Dans le cas présent la présentation du sommet fortement défléchi, quasi en bregma, était une contre-indication à un micro prélèvement de sang foetal, à cause du risque de lésions d'une veine cérébrale se trouvant sous la grande fontanelle au milieu de la présentation,

Sur les autres causes possibles du handicap de l'enfant

Le manque d'oxygénation du fœtus lors de la naissance est évidemment la première cause à envisager. Cependant il faut rappeler que seulement 8 % à 15 % des infirmités motrices cérébrales sont en relation avec une asphyxie foetale pendant l'accouchement. Comme je l'ai souligné, le tracé de RCF de cet enfant ne me paraît pas correspondre à cette situation. D'autre part, je suis frappé par la discrétion de la défaillance multiviscérale qui touche habituellement le foie, le rein, le poumon et le coeur du nouveau-né, en plus bien sûr de l'atteinte neurologique. En effet lorsque l'asphyxie foetale est sévère la plupart des organes sont touchés en même temps que le cerveau. Il faut également rappeler que 75 % des handicaps ne semblent pas pouvoir être évités pendant l'accouchement dans la série de 209 cas de Phelan parce que l'hypoxie a pu débiter avant le travail, principalement en cas de retard de croissance intra-utérines ou parce que d'autres événements ont pu toucher le fœtus, notamment des infections intra-utérines, des troubles de la coagulation maternelle ou foetale, des hémorragies anté-partum, des anomalies chromosomiques et des malformations cérébrales acquises...

Sur le délai de réalisation de césarienne

Dans le cas présent le délai qui n'a été que de 37 minutes me paraît tout à fait correct, vu la nécessité de réagir, outre le gynécologue accoucheur, la penseuse, l'anesthésiste et le pédiatre

-les parties civiles ont également fait appel à leurs propres experts et notamment:

- au docteur Claudine AMIEL-TISON professeur de pédiatrie, dont l'avis est le suivant

" l'enchaînement des faits est typique, chez un enfant a priori à bas risque mais se présentant dans une variété de position défavorable ; une hypoxie-ischémie s'est constituée en quelques heures au cours même du travail et des tentatives instrumentales de l'extraction ; la césarienne a été trop tardive. La détresse foetale a entraîné une dépression des fonctions vitales à la naissance, un état de mal convulsif précoce, une insuffisance rénale transitoire ; le profil évolutif a été typiquement dynamique, phase d'aggravation des premiers jours, suivie de récupération lente et incomplète. La constitution d'une IMOC sévère quadriplégique était inéluctable. "

ARRET N° 516 /M/2011

- au docteur Bernard SEGUY obstétricien, selon lequel:

"il n'existe aucun argument en faveur d'une souffrance foetale ante-natale

La présence, indiscutable, d'un problème mécanique en cours d'accouchement renforce la preuve de l'origine per-natale de la souffrance foetale. Ce problème mécanique est lié à un mauvais positionnement de la tête foetale (droite postérieure plus déflexion) à l'orifice supérieur du bassin maternel et explique la lutte traumatisante du puissant moteur utérin-renforcé encore par une perfusion oxytocique à débit crescendo pour essayer de faire passer en force la tête mal positionnée à travers le détroit supérieur,

Au problème mécanique purement obstétrical, l'obstétricien ajouta un traumatisme direct, par des tentatives instrumentales acrobatiques pour essayer d'engager une tête mal orientée et mal fléchie, qui, sans résoudre en aucune manière le problème obstétrical, ont ajouté un traumatisme direct sur la tête foetale et ont fait perdre de très précieuses minutes pour le sauvetage de cet enfant en détresse anoxique,

La césarienne, si elle aurait dû être envisagée par prudence à quatre heures du matin, aurait dû être effectuée vers cinq heures du matin en bonne pratique, s'imposait sans discussion possible à 6 h 20 lors du retour de l'obstétricien sur place, ce qui aurait permis une extraction de l'enfant vers 6 h 40, la salle d'opération ayant dû être alertée bien plutôt,

Il existe un lien de causalité direct et exclusif entre l'état de l'enfant et la faute caractérisée de l'obstétricien d'avoir persisté dans la voie basse, malgré une mauvaise orientation et flexion de la tête foetale, sa stagnation sans engagement et des signes cliniques s'aggravant au fil des heures, témoignant ainsi de manquements graves aux règles les plus élémentaires, les plus classiques et les plus consensuelles de l'art."

S/ Par jugement du 14 février 2009 une nouvelle expertise confiée au docteur REV-SALMON, pédiatre-légiste, , au Professeur Catherine ADAMS BAUM, radiologue spécialisé dans l'imagerie médicale, et enfin au Professeur LEPERCQ, obstétricien ,

Les conclusions de ce rapport sont ainsi libellées:

"Description de l'état de santé de [REDACTED] :

[REDACTED] présente une infirmité motrice d'origine cérébrale d'origine hypoxo-ischémique associant une tétraparésie spastique, une épilepsie, un retard psychomoteur et une microcéphalie. Cette pathologie est responsable d'un handicap important tant que le plan moteur que cognitif,

Cause des affections dont est atteint [REDACTED] et datation de celles-ci :

La réalité d'une origine asphyxie aux séquelles cérébrales est avérée.

L'origine ante- ou per- partum de cette asphyxie foetale ne peut pas être déterminée avec certitude :

**trois des quatre critères essentiels pour affirmer une origine per-partum de l'asphyxie sont présents. La réalisation tardive du pH à 2h30 de vie ne permet pas de déduire avec certitude la présence d'une acidose métabolique foetale partum dans la 1^{ère} heure de vie.*

ARRET N° 516 /M/2011

**Trois des cinq critères suggérant ensemble une origine per-partum sont absents, rendant incertaine l'origine per-partum du processus.*

Les autres causes actuellement connues d'infirmité motrice d'origine cérébrale (traumatisme, malformation, pathologie toxique, trouble de la coagulation, pathologie infectieuse, maladie génétique) pouvant être responsables de l'état de santé de [REDACTED] n'ont pas été retrouvées.

Description très précise du déroulement de la grossesse et de l'accouchement de madame [REDACTED]

Le déroulement de la grossesse et l'accouchement de madame [REDACTED] ont été décrit très précisément dans le chapitre V étude chronologique des scelles

Sur le fait que Madame [REDACTED] ait reçu les soins appropriés à son état tout au long de sa grossesse et au moment de la naissance et sur le fait que son accouchement ait été pratiqué conformément aux données actuelles de la science.

La surveillance de la grossesse a été conforme aux règles de bonne pratique clinique.

En l'absence de risque périnatal identifié, le choix du lieu d'accouchement était approprié.

La prise en charge de Madame [REDACTED] pendant le travail et l'accouchement a été adaptée et conforme aux règles de bonne pratique clinique de l'époque. Les actions entreprises par les différents acteurs, notamment Madame Laurence BOULLIER, sage femme, Dr SEKLAOUI, gynécologue obstétricien, Dr LITTARDI, anesthésiste-réanimateur, ont été adaptées et conformes aux règles de bonne pratique clinique de l'époque.

Les limites du RCF rythme cardiaque foetale pour prédire une asphyxie ont été rappelées.

Il n'apparaît pas d'indication objective de réalisation d'une césarienne pour une raison maternelle ou foetale au vu des moyens dont disposait le Dr SEKLAOUI à l'époque des faits et des recommandations professionnelles de l'époque.

Aucun élément ne permet d'affirmer avec certitude d'une part qu'une extraction plus précoce était indiquée et d'autre part qu'elle aurait été bénéfique à la santé de l'enfant.

Discussion de l'hypothèse où l'état de l'enfant ne trouverait pas sa cause dans les conditions de sa naissance, mais dans une affection anténatale :

La réalité d'une origine asphyxique aux séquelles cérébrales est avérée. L'origine ante- ou per- partum de cette asphyxie foetale ne peut être déterminée avec certitude. Une asphyxie ante- partum peut survenir dans les 72 heures avant l'accouchement et il n'existe actuellement, et a fortiori en 2000 au moment des faits, de moyen diagnostique formel.

Description des lésions observées sur les imageries :

Les imageries consultées étaient :

*– un scanner du 30 juillet 2000 à 12 heures
des radiographies du crâne effectuées le 30 juillet 2000, 1 jour de vie*

ARRET N° 516 /M/2011

Une I.R.M. cérébrale effectuée à quatre jours de vie

3 I.R.M. cérébrale effectuées à distance de la naissance à 4 mois et demi, six mois et 10 mois et demi

3 scanners effectués à distance à 2 ans, 3 ans et 6 ans

Les imageries initiales montrent :

*– une bosse séro sanguine, sans particularité, situé au sommet du crâne
une lame d'hématome sous durale au niveau de la tente du cervelet, de l'espace interhémisphérique banale après un accouchement et dont la présence d'un guide pas particulièrement un traumatisme obstétrical
des anomalies étendues du signal du parenchyme cérébral (substance blanche, cortex, noyaux gris) évoquant en première hypothèse des lésions anoxo ischémique aigues visibles à l'I.R.M. de j4, du fait de leur aspect initial, de leur topographie et de leur évolution ultérieure. Cette lésion était visible sur le scanner initiale dès j1 sous la forme d'une absence de différenciation entre cortex et substance blanche, mais plus difficilement détectable chez un nouveau né et il est actuellement établi que l'I.R.M. examen d'imagerie le plus adapté à la pathologie néonatale, notamment anoxo ischémique.*

Pour mémoire, une échographie cérébrale est mentionnée dans le dossier mais, seules des images sur papier, en interprétables sont disponibles les experts précisent que la recherche d'un oedème cérébral en échographie chez le nouveau-né est très aléatoire. L'aspect collabé des ventricules peut être une variante de la normale et lorsqu'il n'existe pas d'anomalies d'échogénicité des noyaux gris centraux ou du parenchyme cérébral, le diagnostic d'oedème cérébral est difficile en échographie.

Les imageries à distance montrent :

Des séquelles cérébrales majeures avec microcéphalie, classification des noyaux gris, atrophie du cerveau et du cervelet, avec par endroits, des zones d'encéphalomalacie multikystique,

une déformation de la boîte crânienne secondaire à l'atrophie cérébrale, sans valeur particulière en elle-même

Causes possibles des lésions examinées et corrélations éventuelles

La bosse séro-sanguine est une constatation banale après un accouchement. La situation de la bosse séro-sanguine observée chez [REDACTED] [REDACTED] est sans particularité du point de vue radiologique. Elle ne s'accompagne pas de fracture ou d'embarrure visible.

Une lame hémorragique de la tente du cervelet et de l'espace inter-hémisphérique est observée de façon presque constante après un accouchement. Elle est sans conséquence ni signification particulière.

L'IRM du 2 août 2000, effectuée à 4 jours de vie, montre des lésions corticales et sous corticales, ainsi que des lésions des noyaux gris dont l'aspect et l'évolution sont très évocateurs de lésions anoxo ischémiques. Il n'y a pas de malformation visible.

Les hypothèses à envisager devant ce type de lésions sont en premier lieu des lésions anoxo ischémiques. Les autres causes à discuter sont :

**une infection cérébro-méningée (par thrombose artérielle ou veineuse au niveau cérébral)*

**une hypoglycémie,*

ARRET N° 516 /M/2011

**une maladie métabolique, notamment d'origine mitochondriale,
*des troubles de la coagulation,
Toutes ces causes ont pu être éliminées chez [REDACTED].*

Les séquelles gravissimes observées sur l'imagerie cérébrale expliquent parfaitement le tableau clinique neurologique sévère présenté par [REDACTED].

Datation des anomalies observées en imagerie

Les lésions observées sur le scanner initial et surtout sur l'IRM effectuée à J4 sont des lésions aiguës. Cependant, en l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible d'établir une datation précise de lésions aiguës en imagerie : à titre indicatif, la constitution d'un œdème nécessite plusieurs heures, voire plusieurs jours et sa disparition s'effectue en général à cet âge, en moins d'une dizaine de jours. La survenue de zones de nécrose laminaire après un événement hypoxo ischémique peut se faire rapidement, dès 4 à 5 jours chez un nouveau né. Il n'est donc pas possible de déterminer avec précision sur des critères d'imagerie si l'événement causal est survenu dans les heures précédant l'accouchement, pendant le travail ou l'accouchement, ou peu près l'accouchement.

Le collègue d'expert ne relève pas de faute caractérisée."

Toutefois dans le corps de leur rapport les experts relèvent que (p 29) l'importante bosse séro sanguine a généré une erreur de diagnostic d'engagement et aurait du conduire le Dr Seklaoui à ne pas tenter une extraction instrumentale, (p 30) qu'aucun examen clinique n'a précédé la réalisation de la césarienne, le dernier remontant à environ 30 minutes et la situation ayant pu évoluer pendant cet intervalle et (p 31) une dernière évaluation immédiatement avant la réalisation de la césarienne est habituelle mais non recommandée pour s'assurer que la présentation ne soit pas descendue pendant cet intervalle de temps.

Attendu que l'article 222 - 19 alinéa 1 du code pénal portant répression du délit de blessures involontaires renvoie expressément aux dispositions de l'article 121 -3 de ce code ;

Qu'en application de cette dernière disposition le délit de blessures involontaires est caractérisé en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales, compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait,

Que toutefois, dans le cas sus exposé, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer ;

Que le délit de blessures involontaires est établi si les agissements fautifs entrant dans les prévisions et distinctions de l'article 121 -3 - peu important qu'ils soient ou non exclusifs, seule la faute exclusive de la victime étant exonératoire de responsabilité pénale de la personne poursuivie - sont en relation directe (une faute simple étant suffisante dans ce cas) ou indirecte (une faute caractérisée ou délibérée s'imposant dans cette hypothèse) et certaine avec les blessures subies par la victime ;

ARRET N° 516 /M/2011

Que l'erreur de diagnostic d'un médecin en soi ne constitue pas une faute civile et n'est pas pénalement punissable ;

Attendu que le Dr SEKLAOUI était le gynécologue- obstétricien choisi par Mme [REDACTED], qu'il l'avait suivie durant toute sa grossesse et qu'il était chargé de l'accoucher à la clinique privée St Jean, qu'il avait donc pour obligation de suivre personnellement Mme [REDACTED] jusqu'aux suites de l'accouchement,

Attendu qu'au moment de l'hospitalisation pour accoucher Mme [REDACTED], la mère et l'enfant à naître étaient indemnes de toute pathologie,

Attendu que l'examen de la tête du fœtus avait révélé la faisabilité d'un accouchement par les voies naturelles,

Attendu que les investigations expertales n'ont pas mis en évidence de causes antérieures à l'accouchement qui seraient à l'origine de l'état de [REDACTED],

Attendu que le Dr SEKLAOUI a, quant à lui, commis plusieurs négligences et imprudences au cours des opérations d'accouchement,

Qu'ainsi il a commis une erreur initiale de diagnostic d'engagement de la tête du fœtus pourtant signalée par la sage-femme comme étant la proéminence d'une bosse sero-sanguine, erreur qui, toutefois, n'est pas fautive,

Que par ailleurs, alors qu'il avait sur demande de la sage-femme pris en charge les opérations d'accouchement dont il était ainsi devenu le seul responsable, il a été négligent dans l'assistance de la patiente en se déchargeant sur la sage-femme et en partant à son domicile pendant près de 2 heures en contravention avec son obligation d'assurer à sa patiente des soins attentifs et consciencieux,

Qu'en effet, s'il avait été présent, au moins à proximité immédiate, pour s'assurer de lui-même, en exécution de la convention de soins dont il était débiteur, de l'évolution de la situation tant à l'égard de la mère que de l'enfant à naître lesquels forment un être indivisible jusqu'à la naissance, il aurait, eu égard au rythme cardiaque saltatoire avec ralentissements et bradycardies apparus durant son absence, immédiatement décidé une césarienne ainsi qu'il l'a déclaré lui-même tant au cours de l'information que devant la Cour,

Qu'il a, en outre, été imprudent en pratiquant une tentative d'extraction instrumentale après une première et vaine tentative de positionnement dans l'axe de la tête du fœtus défléchie et non engagée, puisqu'ainsi qu'il l'a clairement indiqué à la Cour, il s'est fait aidé par la sage-femme laquelle devait maintenir la tête du fœtus dans l'axe pour permettre l'extraction, ce qui établit le défaut d'engagement et ce qui a encore retardé la naissance,

Qu'il a été, à nouveau, négligent vis à vis du fœtus en ne s'assurant pas, à compter de sa décision de procéder à une césarienne et durant plus de 30 minutes, d'une part de l'évolution clinique de celui-ci en donnant les instructions nécessaires afin d'assurer le contrôle du rythme cardiaque fœtal et, d'autre part de l'éventuelle nécessité de procéder à une césarienne en extrême urgence en cas d'engagement et de souffrance fœtale aiguë,

ARRET N° 516 /M/2011

Qu'il y a lieu de relever aussi, qu'entre l'échec de la tentative d'extraction par voie basse et la césarienne, le fœtus s'était encastré dans le bassin puisqu'il a été nécessaire de recourir pour l'extraire à l'usage d'un instrument qui n'était pas à portée de mains au bloc opératoire mais dans la salle des naissances, où la sage-femme a dû aller le chercher, ce dernier point établissant une nouvelle négligence dans l'organisation matérielle des opérations d'accouchement par césarienne,

Attendu que le Dr SEKLAOUI ne peut pour s'exonérer de sa responsabilité pénale invoquer les bonnes pratiques élaborées par les spécialistes américains dites "task force" plusieurs années après la commission des faits imposant quatre critères essentiels et nécessaires pour permettre d'attribuer une encéphalopathie néonatale ou une paralysie cérébrale à une asphyxie per-partum puisque trois des critères étaient réunis (encéphalopathie précoce modérée à sévère, paralysie cérébrale de type quadriplégic, exclusion des autres causes) et que le quatrième relatif au pHi ne pouvait, à l'époque des faits, être connu au regard de l'absence de moyens techniques modernes et le recours à un prélèvement sur la tête du fœtus ne pouvant être envisagé à raison de l'importante bosse séro-sanguine,

Attendu que l'ensemble des manquements commis par négligence et imprudence sus-retenus et imputables au Dr SEKLAOUI, qui ne pouvait ignorer les risques encourus tant par la patiente que par le fœtus, être indivisible jusqu'à la naissance, auquel il était tenu de donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux règles de l'art, entretient un lien direct et certain avec les dommages dont [REDACTED] est définitivement atteint,

Attendu que M SEKLAOUI doit donc être retenu dans les liens de la prévention ;

Attendu qu'en égard aux faits commis et aux éléments de personnalité recueillis une amende de 10 000€ doit être infligée.

B Sur l'action civile

Attendu qu'à l'exception des constitutions faites au nom de [REDACTED] et [REDACTED] qui n'étaient pas nés au moment de la commission des faits, les époux [REDACTED] sont recevables en leur constitution au nom de [REDACTED] et en leur nom propre,

Que les fautes commises par le Dr SEKLAOUI l'obligent à indemniser les victimes directes et collatérales des dommages par elles subis.

Sur les prétentions concernant [REDACTED]

Attendu qu'une mesure d'expertise doit être ordonnée afin de déterminer les conséquences dommageables et les diverses mesures à mettre en oeuvre pour assurer les soins et les conditions de vie adaptés à ses handicaps,

Attendu qu'à titre provisionnel au regard du très lourd handicap dont est atteint cette victime depuis sa naissance et qui impose une totale et permanente assistance, mais aussi des aménagements du logement et un moyen de locomotion, les indemnités provisionnelles suivantes doivent être allouées:

- au titre des préjudices patrimoniaux

- frais divers de tierce personne (jusqu'à 10 ans)	50 000 €
-frais d'adaptation du logement	25 000 €
-frais d'aménagement du véhicule	25 000 €
-tierce personne (à compter de l'âge de 10 ans)	50 000 €

ARRET N° 516 /M/2011

-incidence professionnelle : la Cour réserve l'étude de ce préjudice jusqu'à ce qu'elle statue sur la liquidation définitive des préjudices, elle ne saurait derechef consacré le principe même d'un tel préjudice sans être en possession du rapport d'expertise

- au titre des préjudices extra-patrimoniaux

- déficit fonctionnel temporaire	25 000 €
-souffrances endurées	15 000 €
- déficit fonctionnel permanent	250 000 €
-préjudice esthétique	15 000 €

Sur les prétentions des consorts [REDACTED] victimes par ricochet

Attendu que seules les victimes par ricochet au moment de la commission des faits sont recevables

Attendu qu'à titre provisionnel il doit être accordé:

- à valoir sur le préjudice moral

pour chacun des parents 25 000 €

- et à valoir sur le préjudice économique et professionnel indéniable des parents chacun : 25 000€ ;

Attendu qu'enfin il serait inéquitable de laisser à la charge des parties civiles l'ensemble des frais irrépétibles par elles engagés M SEKLAOUI leur versera une indemnité de 7 500€ pour ceux engagés en première instance et devant la Cour ;

Attendu qu'en application des dispositions de l'article 569 du code de procédure pénale les condamnations civiles prononcées en appel sont immédiatement exécutoires de plein droit ainsi la demande formée par les parties civiles tendant à voir ordonner l'exécution provisoire est sans objet ;

PAR CES MOTIFS

LA COUR,

Statuant publiquement, contradictoirement à l'égard du prévenu et des parties civiles et par défaut à l'égard de la CPAM des Alpes Maritimes,

Déclare les appels recevables en la forme,

Sur l'action publique,

Infirme le jugement du tribunal correctionnel de Grasse en date du 4 janvier 2010,

Déclare M SEKLAOUI coupable du délit de blessures involontaires et le condamne à une amende de 10 000€,

en l'absence du prévenu, constate que le président n' a pu lui donner l'avertissement prescrit par l'article 707-2 du code de procédure pénale,

ARRET N° 516 /M/2011

Sur l'action civile,

Reçoit en leurs constitutions de parties civiles M et Mme [REDACTED] personnellement et au nom de leur fils mineur [REDACTED],

Déclare irrecevables les constitutions de parties civiles M et Mme [REDACTED] au nom de leurs enfants mineurs [REDACTED] et [REDACTED] nés postérieurement à la commission des faits délictueux,

Infirmes ledit jugement en ses dispositions civiles,

Déclare le Dr SEKLAOUI entièrement responsable des dommages causés aux consorts [REDACTED] accueillis en leurs constitutions de parties civiles,

Ordonne une expertise de [REDACTED],

Commet pour y procéder: Pr VITON C.H.U TIMONE 264 rue ST PIERRE 13005 MARSEILLE 05 (04.91.38.46.16.), expert inscrit sur la liste de la Cour lequel se fera assister des sages inscrits sur la liste d'une Cour d'Appel de son choix et effectuera ses opérations expertales concernant l'examen clinique de [REDACTED] ainsi que son environnement de vie au domicile de celui-ci et au contradictoire des parties, avec pour mission:

Après avoir recueilli les renseignements nécessaires sur l'identité de la victime et sa situation, les conditions de sa situation actuelle,

1. A partir des déclarations éventuelles de la victime, de ses proches et de tout sachant, et des documents médicaux fournis, décrire en détail les lésions initiales, les modalités de traitement, en précisant le cas échéant les durées exactes d'hospitalisation et, pour chaque période d'hospitalisation, le nom de l'établissement, les services concernés et la nature des soins ;
2. Recueillir les doléances de la victime et au besoin de ses proches ;interroger sur l'importance des douleurs, la gêne fonctionnelle subie et leurs conséquences ;
3. Procéder, en présence des médecins mandatés par les parties , à un examen clinique détaillé de la victime permettant :

de décrire les déficits neuro-moteur , sensoriels, orthopédiques et leur répercussion sur les actes et gestes de la vie quotidienne,

d'analyser en détail les troubles des fonctions intellectuelles et une affective et du comportement et leur incidence,

4. A l'issue de cet examen, analyser dans un exposé précis et synthétique :
 - les lésions initiales
 - l'état séquellaire

5. [Déficit fonctionnel temporaire]

Indiquer les périodes pendant lesquelles la victime a été, du fait de son déficit fonctionnel temporaire, dans l'incapacité totale ou partielle de poursuivre ses activités personnelles habituelles ;

En cas d'incapacité partielle, préciser le taux et la durée ;

ARRET N° 516 /M/2011

6. [Consolidation]

Fixer la date de consolidation et, en l'absence de consolidation, dire à quelle date il conviendra de revoir la victime ; préciser, lorsque cela est possible, les dommages prévisibles pour l'évaluation d'une éventuelle provision ;

7. [Déficit fonctionnel permanent]

Indiquer si, après la consolidation, la victime subit un déficit fonctionnel permanent défini comme une altération permanente d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles ou mentales, ainsi que des douleurs permanentes ou tout autre trouble de santé, entraînant une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société subie au quotidien par la victime dans son environnement ;

En évaluer l'importance et en chiffrer le taux ;

8. [Assistance par tierce personne]

Indiquer si l'assistance constante ou occasionnelle d'une tierce personne (étrangère ou non à la famille cette évacuation ne pouvant être réduite en cas d'assistance familiale) est ou a été nécessaire pour effectuer les démarches et plus généralement pour accomplir les actes de la vie quotidienne ; préciser la nature de l'aide à apporter et sa durée quotidienne en précisant que si cette tierce personne doit, ou non, être spécialisé ; décrire le déroulement et les modalités quotidiennes de la vie de [REDACTED] sur une semaine type, ainsi que les répercussions sur son entourage familial ;

Dire quelles sont les tâches qui doivent être exécutées par une assistance spécialisée et celles ne relevant pas d'une assistance spécialisée. Dire quelles sont pour chaque type d'assistance la durée d'intervention chaque jour en précisant notamment celles qui sont concomitantes et si elles doivent être réitérées chaque semaine, dire s'il doit y avoir lieu à d'autres interventions spécialisées complémentaires selon quel rythme et pendant quelle durée

9. [Dépenses de santé futures]

Décrire les soins futurs et les aides techniques compensatoires aux handicaps de la victime (prothèses, appareillages spécifiques, véhicule) en précisant la fréquence de leur renouvellement ;

10. [Frais de logement et/ou de véhicule adaptés]

Donner son avis sur les aménagements nécessaires pour permettre à la victime une adaptation du logement et du véhicule nécessaire à son transport au regard de ses handicaps ;

11. [Pertes de gains professionnels futurs]

Indiquer, notamment au vu des justificatifs produits, si le déficit fonctionnel permanent entraîne l'obligation pour la victime de cesser totalement ou partiellement son activité professionnelle ou de changer d'activité professionnelle ;

12. [Incidences professionnelles]

Indiquer, notamment au vu des justificatifs produits, si le déficit fonctionnel permanent entraîne d'autres répercussions sur son activité professionnelle actuelle ou future (obligation de formation pour un reclassement professionnel, pénibilité accrue dans son activité, « dévalorisation » sur le marché du travail, etc.) ;

ARRET N° 516 /M/2011

13. [Souffrances endurées]

Décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales découlant des blessures subies pendant la maladie traumatique (avant consolidation) ; les évaluer distinctement dans une échelle de 1 à 7 ;

14. [Préjudice esthétique temporaire et/ou définitif]

Donner un avis sur l'existence, la nature et l'importance du préjudice esthétique, en distinguant éventuellement le préjudice temporaire et le préjudice définitif ; évaluer distinctement les préjudices temporaire et définitif dans une échelle de 1 à 7 ;

15. [Préjudice sexuel]

Indiquer s'il existe ou s'il existera un préjudice sexuel (perte ou diminution de la libido, impuissance ou frigidité, perte de fertilité) ;

16. [Préjudice d'établissement]

Dire si la victime subit une perte d'espoir ou de chance de normalement réaliser un projet de vie familiale ;

17. [Préjudice d'agrément]

Indiquer, notamment au vu des justificatifs produits, si la victime est empêchée en tout ou partie de se livrer à des activités spécifiques de sport ou de loisir ;

18. [Préjudices permanents exceptionnels]

Dire si la victime subit des préjudices permanents exceptionnels correspondant à des préjudices atypiques directement liés aux handicaps permanents ;

19. Dire si l'état de la victime est susceptible de modifications en aggravation ;

20. Établir en conclusion un état récapitulatif de l'ensemble des postes énumérés dans la mission ;

21. Etablir un pré-rapport qui sera soumis pendant un délai qui ne pourra être inférieur à un mois à compter de son envoi, aux éventuelles observations des parties. A l'issue de ce délai, que seul le président de la chambre sera- sur requête d'une partie- susceptible de protoger, déposer le rapport définitif en répondant aux observations soumises retranscrites au rapport

Dit que les époux [REDACTED] devront consigner auprès du régisseur d'avances et de recettes de la Cour d'Appel d'Aix en Provence dans le délai de 6 mois suivant le prononcé de la présente décision la somme de 8 000€ à valoir sur l'ensemble des frais et honoraires d'expertise, sauf à parfaire ou à diminuer .

Dit qu'à défaut de consignation intégrale en une seule fois dans le délai imparti la désignation de l'expert sera caduque et que celui-ci ne pourra entreprendre ses opérations, sans une ordonnance spéciale de relever de caducité prise par le président de cette chambre chargé du suivi des opérations d'expertise.

Dit que le rapport devra être déposé dans le délai de 8 mois suivant la date de saisine de l'expert par le greffe de la Cour qui l'informerá de la consignation intégrale, sauf prorogation par ordonnance du président de la 7ème chambre.

ARRET N° 516 /M/2011

Condamne M SEKLAOUI à payer, à titre provisionnel, aux époux [REDACTED]

- en leur qualité de représentants légaux de [REDACTED] [REDACTED]

- au titre des préjudices patrimoniaux

- frais divers de tierce personne jusqu'à 10 ans 50 000 €
 -frais d'adaptation du logement 25 000 €
 -frais d'aménagement du véhicule 25 000 €
 -tierce personne (à compter de l'âge de 10 ans) 50 000 €

- au titre des préjudices extra-patrimoniaux

- déficit fonctionnel temporaire 25 000 €
 -souffrances endurées 15 000 €
 - déficit fonctionnel permanent 250 000 €
 -préjudice esthétique 15 000 €

- à valoir sur le préjudice moral

-pour chacun des parents 25 000 €

- et à valoir sur le préjudice économique et professionnel des parents chacun: 25 000 €,

Sursoit à statuer sur le principe même de l'indemnisation de l'éventuel préjudice professionnel jusqu'au dépôt du rapport d'expertise,

Condamne M SEKLAOUI à payer aux consorts [REDACTED] la somme de 7500 € en application de l'article 475-1 du code de procédure pénale au titre des frais engagés devant les premiers juges et devant la Cour,

Dit que les dispositions civiles du présent arrêt sont de droit assorties du bénéfice de l'exécution provisoire,

Déclare la présente décision opposable à ALLIANZ IARD assureur du Dr SEKLAOUI,

Renvoie l'affaire sur intérêts civils à l'audience du mardi 6 mars 2012 à 14 heures pour laquelle les parties civiles citeront la CPAM des Alpes Maritimes,

le tout en vertu des articles visés au présent arrêt et des articles 512 et suivants du code de procédure pénale,

COMPOSITION DE LA COUR

PRESIDENT : Monsieur GERMAIN

ASSESEURS: Monsieur VIEILLARD et
 Madame PERROT, conseillers

MINISTERE PUBLIC Monsieur DULIN, vice-procureur placé délégué en qualité de substitut général

GREFFIER : Madame SAVANIER.

ARRET N° 516 M/2011

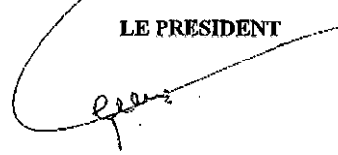
le président et les assesseurs ont participé à l'intégralité des débats sur le fond et au délibéré.

Le dispositif de l'arrêt a été lu par le président conformément à l'article 485 dernier alinéa du code de procédure pénale en présence du ministère public et du greffier.

LE GREFFIER



LE PRESIDENT



La présente décision est assujettie à un droit fixe de procédure d'un montant de 120 euros dont est redevable le condamné.

2 copies de l'acte
ME ABEILLE(n) - ME BOURGIN(Grenoble)
etc

ARRÊT DU 11 AVRIL 2011
7ème Chambre A
PREVENU : SEKLAOUI Toufic

ARRÊT N° 517 /M/2011

**COUR D'APPEL
D'AIX EN PROVENCE**

CL

Prononcé publiquement le LUNDI 11 AVRIL 2011, par la 7ème Chambre A
Chambre correctionnelle de la Cour d'Appel d'AIX EN PROVENCE,

Sur appel d'un jugement du TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE GRASSE du 04
JANVIER 2010.

PARTIES EN CAUSE DEVANT LA COUR :

SEKLAOUI Toufic

[REDACTED]

[REDACTED]

prévenu d'ALTERATION DE DOCUMENT OU OBJET CONCERNANT UN
CRIME OU UN DELIT POUR FAIRE OBSTACLE A LA MANIFESTATION
DE LA VERITE

non appelant

comparant, assisté de Maître ABEILLE Jean-François, avocat au barreau de
MARSEILLE

*Poursuite en
Comaration
de SEKLAOUI Toufic
le 12/04/2011
[Signature]*

LE MINISTÈRE PUBLIC :

appelant

*Groupe délégué
à ME BOURGIN
(Grenoble)*

51712011

puis, la Cour a procédé à l'audition des témoins qui ont déposé séparément, après avoir prêté serment, le tout conformément aux prescriptions des articles 436 et 446 du Code de procédure pénale,

maître Bourgin a été entendu en sa plaidoirie et a déposé des conclusions,

le ministère public a pris ses réquisitions,

maître Abeille a été entendu en sa plaidoirie et a déposé des conclusions,

le prévenu ayant eu la parole en dernier,

le président a ensuite déclaré que l'arrêt serait prononcé le 11 avril 2011.

DECISION :

rendue après en avoir délibéré conformément à la loi,
M. Toufic Seklaoui a été poursuivi devant le tribunal correctionnel de Grasse pour avoir à Cagnes sur mer, le 30 juillet 2000, en vue de faire obstacle à la manifestation de la vérité, altéré un document public ou privé, ou un objet de nature à faciliter la découverte d'un crime d'un délit, la recherche des preuves ou la condamnation des coupables, notamment en modifiant le dossier médical de l'enfant [REDACTED] en mentionnant a posteriori les termes :

1 : "OIDP mal fléchie" au lieu de "OIDP défléchie"
2 : "l'essais de flexion, extraction par spatules" au lieu de "l'essai d'extraction par spatules"

3 : "engagée partie moyenne" entre les mots "défléchie" et "le rythme"

faits prévus par l'article 434 -4 du code pénal et réprimé par les articles 434 -4 et 434 -44 du code pénal

Par jugement en date du 4 janvier 2010 le tribunal correctionnel de Grasse a relaxé M. Toufic Seklaoui et a débouté les consorts [REDACTED], parties civiles de leurs prétentions.

Cette décision a été frappée d'appel par les parties civiles et le ministère public.

Les Consorts [REDACTED] ont demandé de :

- réformer le jugement attaqué,
- dire :

- que le docteur Seklaoui a altéré 6 à 7 jours après l'accouchement du 29 juillet 2000 c'est-à-dire le 5 août et le 6 août 2000, les notes de travail de l'accouchement de [REDACTED] dans un sens manifestement contraire à la réalité clinique opérant ainsi une falsification pour tenter d'échapper à sa responsabilité civile ou pénale et de ce fait, a altéré une preuve

- qu'en transmettant à la famille [REDACTED] un compte-rendu passant sous silence la souffrance foetale pourtant effectivement subie par l'enfant [REDACTED] en raison du caractère déjà conflictuel de ses réclamations, le docteur Seklaoui a adressé un compte-rendu mensonger à la famille et de ce fait altéré une preuve

- que le docteur Seklaoui a apporté une nouvelle rectification aux notes de travail, au cours même d'une procédure disciplinaire, en versant des notes manuscrites de travail falsifiées une nouvelle fois par le rajout de la mention « désengagement »,

51712011

tendant ainsi d'influencer l'instance disciplinaire de première instance dans le but d'échapper à sa responsabilité et ainsi altéré une preuve,

- dire que ces faits sont constitutifs du délit de l'altération d'un document privé pour faire entrave à la justice, fait prévu par l'article 434 -4 du code pénal

- à défaut dire que ces faits revêtent la qualification de faux et usage de faux, faits prévus et réprimés par l'article 441 -1 du code pénal

- à titre infiniment subsidiaire, dire que ces faits sont constitutifs de faux attestation ou certificat, punissables sur le fondement de l'article 441 -7 du code pénal

sanctionner dans son exercice professionnel le docteur Seklaoui

à titre subsidiaire ordonner ou diligenter tout supplément d'information ayant pour objet de déterminer les responsabilités dans les menaces faites à la sage-femme, Mme Laurence Boullier d'avoir à refaire le partogramme et les notes de travail, faits revêtant la qualification de tentative de subornation de témoin

En tout état de cause

condamner le docteur Seklaoui et son assurance ALLIANZ IARD à payer à chacun des consorts [REDACTED] la somme de 25 000 € à titre de préjudice moral

ordonner l'exécution provisoire des condamnations civiles

ordonner la publication de la décision à intervenir, aux frais avancés de M. Seklaoui dans un journal d'annonces légales et un journal d'informations régionales.

condamner le docteur Seklaoui et son assureur ALLIANZ IARD à payer à chacun des consorts [REDACTED] la somme de 2500 € au titre des dispositions de l'article 475 -1 du code de procédure pénale.

Le Ministère Public a requis la confirmation de la décision attaquée estimant que l'élément intentionnel n'est pas établi.

Le Dr SEKLAOUI, assisté de son Conseil qui a déposé des écritures, a demandé la confirmation du jugement déféré et a soutenu que le délit reproché est prescrit les faits dont s'agit ayant été commis plus de 3 ans antérieurement aux poursuites, que les précisions qu'ils a effectivement portées quelques jours après l'accouchement sur son compte rendu n'ont aucune influence sur la réalité du déroulement de l'accouchement, qu'elles ont été mentionnées parce la position du fœtus avait été omise alors qu'il s'agit d'une obligation et que les autres mentions rajoutées l'avaient été afin d'être plus précis.

SUR CE

A/ Sur l'action publique

Attendu qu'il résulte de la procédure et des débats que les mentions incriminées ont effectivement été apposées par le docteur Seklaoui, 6 ou 7 jours après l'accouchement avant la sortie de sa patiente de la clinique et que ces modifications ont été révélées par la sage-femme qui a participé à l'accouchement et qui avait fait une déclaration de sinistre à sa compagnie d'assurances en joignant une photocopie du dossier médical tel qu'il existait initialement.

Que c'est notamment au vu de ce document ainsi modifié que les experts judiciaires ainsi que les autres praticiens sollicités par les parties, ont élaboré leurs travaux ;

544200

Que lesdites modifications ont été révélées plus de 3 ans après leur ajout, lors de la première audience devant la juridiction de jugement à l'occasion de l'intervention de la sage-femme qui a indiqué avoir fait une copie du rapport initial lequel ne porte pas trace des mentions en cause,

Attendu que l'infraction dont s'agit n'est donc pas atteinte par la prescription laquelle n'a commencé à courir qu'à compter de sa révélation, et, depuis les différents actes de poursuites initiés ont interrompu la prescription triennale, s'agissant d'un délit,

Que le docteur Seklaoui a déclaré que de telles corrections étaient habituelles, qu'elles étaient faites au moment de la sortie des patientes lors de la mise à jour de leur dossier médical afin d'apporter plus de précisions, que la correction "OIDP défléchie" en "OIDP mal fléchi" lui semblait plus appropriée à la situation, que le rajout du terme "flexion" à la mention "un essai de flexion extraction par spatules" avait été effectué pour préciser le geste et que le rajout de la mention "engagée partie moyenne" avait été fait dans la mesure où il s'était aperçu à la relecture du compte-rendu que la position de la tête n'était pas mentionnée,

Attendu que toutefois les débats ont établi que la sage-femme, qui avait assisté le Dr SEKLAOUI lors de l'accouchement de Mme [REDACTED], avait tenté vainement d'amener le Dr SEKLAOUI à pratiquer une césarienne plus tôt compte tenu du déroulement inquiétant des opérations pour le fœtus, que consciente de l'état anormal de l'enfant à la naissance, et se reprochant de n'avoir pas plus insisté, elle avait fait une déclaration de sinistre à son assureur en joignant une copie du rapport établi par le Dr SEKLAOUI lequel ne comportait pas les mentions incriminées,

Que la direction de la clinique avait tenté d'imposer à cette sage-femme de modifier les informations relatives au déroulement de l'accouchement au regard du développement péjoratif de l'enfant transporté en urgence dans un établissement doté des moyens nécessaires pour assurer son suivi,

Que l'état gravissime de l'enfant était connu tant par l'administration de la clinique que par le Dr SEKLAOUI,

Qu'en effet le Dr SEKLAOUI fut dans les heures qui ont suivi l'accouchement en relation avec l'équipe pédiatrique qui voulait savoir si l'enfant avait subi une souffrance fœtale aiguë ce que le Dr SEKLAOUI avait nié alors qu'il l'avait lui-même mentionné sur le partogramme ainsi qu'il l'a indiqué à la Cour,

Que le Dr SEKLAOUI savait que les parents de l'enfant voulaient des réponses pour comprendre les raisons de l'état de leur fils, la situation étant parfaitement normale avant les opérations d'accouchement qui avaient duré plusieurs heures après la rupture de la poche des eaux suivie, après une stagnation de plusieurs heures de la dilatation du col avec en cours une souffrance fœtale aiguë, puis d'une tentative de verticalisation manuelle pour défléchir la tête, puis à nouveau d'une autre tentative de défléchissement de la tête à l'aide d'une spatule et encore d'une troisième vaine tentative d'extraction avec les spatules et enfin d'une césarienne pratiquée 30 minutes après, le fœtus enclavé dans le bassin ayant dû être retiré au moyen d'un instrument qui n'était pas à disposition au bloc opératoire,

Attendu que si des corrections d'un rapport médical qui doit être le fidèle reflet du déroulement de l'intervention ne sont pas interdites, les ajouts, rectifications ou précisions apportés ne peuvent être inclus dans le corps du document à peine de porter atteinte à sa sincérité mais à la suite pour en expliquer les motifs et les identifiés,

Qu'en l'espèce le Dr SEKLAOUI, en insérant dans le corps de son rapport initial les modifications qu'il reconnaît, a ainsi altéré la sincérité des opérations, en particulier en portant la mention "engagée partie moyenne" qui était erronée puisque l'impossibilité de procéder à l'accouchement par voies basses était dûe au fait que la tête n'était pas engagée en raison de son fléchissement, mais seulement fixée,

517 1920 M

Que cette dernière mention n'avait pas seulement pour but de se conformer au protocole d'usage qui est d'indiquer le positionnement de la tête dans le rapport mais aussi d'induire en erreur sur la pertinence du choix de l'accouchement par voies basses.

Attendu que le Dr SEKLAOUI conscient d'un risque d'engagement de sa responsabilité par les parents a ainsi altéré son rapport qui dans sa nouvelle version était susceptible de faire obstacle à la manifestation de la vérité notamment en cas de poursuites pour blessures involontaires,

Attendu que le Dr SEKLAOUI doit être retenu dans les liens de la prévention,

Qu'au regard des faits commis et des éléments de personnalité recueillis une amende de 3000€ doit lui être infligée.

B/ Sur l'action civile

Attendu qu'exceptées les constitutions faites au nom de [REDACTED] et [REDACTED] qui n'étaient pas nés au moment de la commission des faits, les époux [REDACTED] et [REDACTED] sont recevables en leur constitution de parties civiles au nom de [REDACTED] et en leur nom propre.

Attendu qu'en réparation du préjudice moral causé à ces parties civiles, le DR SEKLAOUI versera à chacune la somme de 1500€, laquelle indemnise l'entier préjudice des victimes, aucune mesure de publicité ne saurait donc être prononcée en sus ;

Attendu que seul l'auteur de l'infraction est susceptible d'être condamné sur le fondement de l'article 475-1 du code de procédure pénale, la demande basée sur cette disposition ne peut prospérer contre ALLIANZ IARD, au demeurant non appelée en la cause, M SEKLAOUI versera à chacune des parties civiles la somme de 500€ pour les frais engagés devant les premiers juges et en cause d'appel ;

Attendu qu'en vertu de l'article 569 du code de procédure pénale, les condamnations civiles prononcées en appel sont immédiatement exécutoires de plein droit, la demande tendant à assortir lesdites condamnations du bénéfice de l'exécution provisoire est donc dépourvue d'objet ;

PAR CES MOTIFS

Statuant publiquement et contradictoirement,

Déclare les appels recevables,

Sur l'action publique,

Infirme le jugement du tribunal correctionnel de Grasse en date du 4 janvier 2010.

Déclare M SEKLAOUI coupable du délit d'altération de document concernant un délit pour faire obstacle à la vérité et le condamne à une amende de 3000€.

Le président, en l'absence du prévenu lors du prononcé de l'arrêt, n'a pas donné l'avertissement prévu à l'article 707-2 du code de procédure pénale,

517 H 2011

Sur l'action civile

Reçoit en leurs constitutions de parties civiles M et Mme [REDACTED] personnellement et au nom de leur fils mineur [REDACTED].

Déclare irrecevables les constitutions de parties civiles de M et Mme [REDACTED] au nom de leurs fils mineurs [REDACTED] et [REDACTED] nés postérieurement à la commission du délit.

Infirme ledit jugement en ses dispositions civiles.

Condamne le Dr SEKLAOUI à payer à M et Mme [REDACTED] personnellement et au nom de [REDACTED], chacun:

- la somme de 1500€ à titre de dommages et intérêts,

Le président, en l'absence du prévenu lors du prononcé de l'arrêt, n'a pas informé le prévenu en application de l'article 474-1 du code de procédure pénale, qu'en l'absence de paiement volontaire dans un délai de deux mois à compter du jour où l'arrêt sera devenu définitif, le recouvrement pourra, si les victimes le demandent, être exercé par le fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions et qu'une majoration des dommages et intérêts, permettant de couvrir les dépenses engagées par le fonds au titre de sa mission d'aide, sera perçue par le fonds, en plus des frais d'exécution éventuelle, dans les conditions déterminées à l'articles L 422-9 du code des assurances (cette majoration a été fixée par arrêté du Ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, en date du 28 novembre 2008 à 30 %).

- la somme de 500€ en vertu de l'article 475-1 du code de procédure pénale pour frais irrépétibles exposés devant les premier juges et en cause d'appel.

Déboute les parties civiles de leur demande de publication de la décision.

Dit que les dispositions civiles du présent arrêt sont de droit assorties du bénéfice de l'exécution provisoire.

le tout en vertu des articles visés au présent arrêt et des articles 512 et suivants du code de procédure pénale.

COMPOSITION DE LA COUR

PRESIDENT : Monsieur GERMAIN

ASSESEURS: Monsieur VIEILLARD et
Madame PERROT, conseillers

MINISTERE PUBLIC Monsieur DULIN, vice-procureur placé, délégué en qualité de substitut général

GREFFIER : Madame SAVANIER.

le président et les assesseurs ont participé à l'intégralité des débats sur le fond et au délibéré.

Le dispositif de l'arrêt a été lu par le président conformément à l'article 485 dernier alinéa du code de procédure pénale en présence du ministère public et du greffier.

LE GREFFIER

LE PRESIDENT

La présente décision est assujettie à un droit fixe de procédure d'un montant de 120 euros dont est redevable le condamné.