

**CHAMBRE DISCIPLINAIRE
DE PREMIERE INSTANCE
DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES
SECTEUR INTERREGIONAL**

N° D-2015-02-Dept

CLINIQUE DE . et CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'
ORDRE DES SAGES-FEMMES D' . /
Madame P, sage-femme

Mme. Rapporteur

Audience du 4 janvier 2016
Lecture du 1er février 2016

Vu la plainte, enregistrée le 30 juin 2015 par le conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes ..., déposée par la CLINIQUE . contre Mme P, sage-femme; elle demande que Mme P soit sanctionnée au regard du code de déontologie et ne pratique plus d'accouchement à domicile;

La CLINIQUE soutient :

- que Mme P a commis des manquements graves dans la prise en charge de Mme G, une patiente accouchée à domicile et transférée à la clinique le 20 juin 2015 ;
que ces manquements consistent dans le délai excessif de 7 heures qui s'est écoulé entre l'accouchement et l'arrivée de la patiente à la clinique, dans l'absence de transmissions claires, dans l'utilisation inapproprié de Cytotec et dans le défaut d'information des parents sur les risques d'une hémorragie ;

Vu le courrier, enregistré le 31 août 2015, par lequel le conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes ... a transmis, suite à l'échec de la procédure de conciliation, la plainte de la CLINIQUE DE à la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des sages-femmes, en s'y associant;

Vu le mémoire en défense, enregistré le 2 novembre 2015 au greffe de la chambre disciplinaire, présentée pour Mme P par Me P, avocat ; Mme P conclut au rejet de la plainte déposée à son encontre ;

Elle fait valoir que :

Mme P n'a pas d' antécédent disciplinaire ; qu' il est vrai qu' elle a fait l'objet d' un signalement précédent à l'autorité ordinaire, relativement à deux situations obstétricales qu' elle avait adressé au CHRU de ..en raison d'une attente jugée trop importante avant le transfert ; que, toutefois, après avoir reçu les explications de Mme P au cours d' un entretien du 30 août 2012, aucune suite disciplinaire n'a été donnée à ce signalement, ni aucune recommandation particulière formulée ;

qu' elle n' a pas méconnu que la situation de Mme G constituait une délivrance pathologique ; que, toutefois, une délivrance pathologique n' est pas citée à l'article VII de la charte de l'accouchement à domicile comme l' une des situations justifiant le transfert vers une maternité; qu'il ne lui est pas reproché d' avoir diagnostiqué tardivement une hémorragie de délivrance ; que, d' ailleurs, ce type d'hémorragie est difficile à diagnostiquer, parce qu' elle est souvent masquée , difficilement quantifiable et que les chutes de tension consécutives surviennent tardivement; qu'elle a régulièrement contrôlé les constantes de Mme G pendant toute la période postérieure à l' accouchement jusqu' à son transfert à la clinique de la ... qu' elle a remis le compte-rendu de ces contrôles à la clinique lors de l'hospitalisation de Mme G.; que les constantes et l'observation médicales de la patiente ne paraissaient pas commander un appel en urgence avant 15h45 ; que le reproche d'un appel tardif au médecin n'apparaît donc pas fondé ; que la récupération de Mme G. sera bonne et rapide, ce qui semble témoigner d' une prise en charge sans retard notable ;

que Mme G. et son compagnon ont été destinataires d' un exemplaire de la charte de l'accouchement à domicile dont ils ont attesté avoir pris connaissance en l' émargeant ; qu' en outre, Mme G a attesté le 10 mars 2015 avoir reçu toutes les informations relatives à son projet et en particulier celles relatives aux risques liés au choix d' un lieu non médicalisé, ainsi qu' à la distance à parcourir entre son domicile et la clinique pouvant constituer une perte de chance ; que le fait qu' elle n' ait apparemment pas avisé la clinique de son projet d'accouchement à domicile n' est imputable qu' à Mme G ;

que le cadre sage-femme de la clinique de la ... atteste ne pas avoir retrouvé dans le dossier médical de courrier de transmission réalisé par Mme P ; que cette affirmation ne démontre pas que cette pièce n' a pas existé ; que Mme P n' est pas en mesure de produire ce document transmis en original à la clinique ; que la feuille de surveillance et de relevés de constantes relevé des constantes a également été transmise; que la transmission aurait été plus efficiente si l' on avait bien voulu l'entendre lorsqu' elle est arrivée à la clinique en même temps que sa patiente, au lieu de quoi l'équipe médicale l'a ignorée;

qu' il est exact que le Cytotec, médicament dont la molécule générique est le misoprostol, n' a reçu une autorisation de mise sur le marché que pour la seule indication d' ulcère digestif ; qu' il n' en reste pas moins que le misoprostol est utilisé en gynécologie obstétrique, notamment pour le traitement des hémorragies utérines ; que c'est à défaut de disposer d' une autre molécule qu' elle a, conformément aux enseignements qu' elle a reçus, prescrit à sa patiente du Cytotec en présence d'une possible hémorragie, et ce en toute transparence, reportant la prise de ce médicament sur son compte-rendu de surveillance et d' observations remis à la clinique ; que cette utilisation, si elle n' est pas conforme à l' autorisation de mise sur le marché du médicament , n' est pas pour autant nécessairement punissable disciplinairement, sauf à établir son caractère inapproprié pour la santé du patient ; que certaines publications retiennent au contraire que le misoprostol est effectivement prescrit dans les conditions dans lesquelles elle y a eu recours ;

Vu le mémoire en réplique, enregistré le 2 décembre 2015, présenté par le conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes;

Il soutient que :

en août 2012, le Pr, chef du service de gynécologie-obstétrique du CHRU dea signalé au conseil départemental « plusieurs dysfonctionnements graves» dans la prise en charge par Mme P... de deux patientes accouchées à domicile et transférées dans son service ; que si une procédure disciplinaire n' a pas été engagée, c'est en raison de la décision du CHRU de de ne pas porter plainte et du refus de cet établissement de communiquer les deux dossiers médicaux au conseil départemental qui n'était pas ainsi en mesure d'apprécier la réalité des manquements ; que les deux situations en cause en 2012, concernant respectivement une hémorragie de la délivrance et une hypotonie utérine, évoquaient des retards importants à appréhender les situations pathologiques et à prendre rapidement les décisions qui s'imposaient; que, dans un courrier du 27 septembre 2012, le conseil départemental avait invité Mme P à respecter les règles déontologiques de la profession, à être vigilante sur le choix de ses dossiers (situations non pathologiques dans la cadre de l' accompagnement à domicile) et de travailler en réseau avec les SAMU et les structures hospitalières ; le 20 juin 2015, Mme P. a assisté à une rétention placentaire de plus de 5h sans intervenir ; qu' une délivrance physiologique ou spontanée doit être terminée dans un délai de 30 mn à 1 h selon les données des manuels d' obstétrique et la littérature médicale qu'au-delà de ce délai, on pose le diagnostic de rétention placentaire, soit par atonie utérine, soit par hypertonie avec enchatonnement du placenta ; dès lors, il ne peut plus être dit que les circonstances de la naissance soient physiologiques; il s'agit au contraire d'une situation pathologique nécessitant la mise en œuvre d' une prise en charge active de la délivrance sans délai ; au-delà de la première heure, la mesure à prendre aurait dû être une délivrance artificielle ; ce geste est de la compétence de la sage-femme à condition d' en avoir l' expérience , et de pouvoir assurer une parfaite asepsie, ce qui est difficilement compatible avec une situation d' accouchement à domicile ; la patiente habitant à 23 km de et le trajet nécessitant au minimum 34 mn, un transfert aurait dû être organisé dès ce moment, pour anticiper et prévenir la survenue de l'hémorragie ; la surveillance de Mme G a été insuffisante ; sur le compte-rendu d' accouchement fourni par Mme P, après un accouchement à 10h40, il est relevé une prise de TA à 11h30, 14 h, 15h45, soit 3 fois en 5 heures, aucune prise de pulsation, un relevé non quantifié des saignements à 11h30, 12h et 14h, deux évaluations du globe utérin à 12 h et 14 h; cette surveillance est manifestement insuffisante et beaucoup trop épisodique ; qu' il est difficile de mettre en évidence une hémorragie de la délivrance à son début, du moins la vigilance et une surveillance très attentive et rapprochée de tous les paramètres sont des éléments essentiels pour la précocité du diagnostic, ce qui n' est pas relevé dans le compte-rendu ; que, dans un contexte de rétention placentaire, donc à fort risque hémorragique, la mise en place d' une voie veineuse pouvait aussi être largement anticipée d'autant qu'il existait au moins un autre facteur de risque aggravant par un taux d' hémoglobine bas (10,4 g/l) signant une anémie en fin de grossesse ; que le conseil relève en conséquence un manquement aux articles R. 4127-325 et R. 4127-326 du code de la santé publique; le cytotec ou misoprostol est une molécule faisant partie de la classe des prostaglandines ; son utilisation sur une rétention placentaire est inappropriée ; la voie d' administration et la posologie ne sont pas mentionnées sur le compte-rendu ;

l' utilisation du cytotec est hors AMM; surtout, il ne fait pas partie de la liste des classes thérapeutiques ou médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des femmes; il s'agit donc d'un manquement aux articles L. 4154-4 et R. 4121-312; également aux articles R. 4127-313 et R. 4127-314; la charte de l' AAD pose très clairement le cadre de la pratique de l'accouchement à domicile, notamment ses articles V et VI qui précisent bien le caractère normal de la grossesse et l'exigence que les circonstances de la naissance restent parfaitement physiologiques; en cas de pathologie, la situation n'est plus de la compétence de la sage-femme et l'article L. 4151-3 impose le recours à un médecin ; l'article VII de la charte de l' AAD prévoit le transfert vers une maternité chaque fois que la situation n'est plus de la compétence de la sage-femme et la préparation de ce transfert en sachant vers quelle maternité ce transfert aura lieu, en ayant informé cette maternité de cette éventualité et en ayant prévu le moyen de transport; l'appel au SAMU était certes adapté à la situation, mais compte-tenu du contexte clinique et de la domiciliation de la patiente, un tel appel aurait dû être fait en amont avant que la situation ne se dégrade ; l'absence de diagnostic de la pathologie, la faiblesse de la surveillance , et le retard à prendre les dispositions adéquates n'ont pas permis de prévenir l' hémorragie de la délivrance de la patiente lui faisant courir un risque vital puisque son taux d' hémoglobine initialement de 10,4 g/l a chuté à 6,2 g/l nécessitant une transfusion sanguine, geste maîtrisé mais pas anodin dans ses conséquences : il est communément admis que 2 points d'hémoglobine représente un volume de 800 ml; ainsi la perte de sang peut être évaluée à 1 500 ml environ représentant une mise en danger grave de la patiente ; le conseil de l'Ordre relève donc un comportement fautif ne permettant pas d'assurer la sécurité et la qualité des soins prodigués et mettant en danger la patiente, contrevenant ainsi aux articles R. 4127-314 et R. 4127-309 du code de la santé publique ; les recommandations pour la pratique clinique de la Haute Autorité de santé en ce qui concerne les hémorragies du post-partum immédiat rappelle le devoir d'information de la patiente ; à 14 h et 15 h, Mme P. mentionne bien la proposition de transfert à laquelle le couple ne semble pas adhérer; toutefois, il n'est pas indiqué que l'information sur les risques encourus ait été développée; quelle qu'elle ait pu être la pression exercée par le couple parental, Mme P aurait dû s'interdire de faire courir à sa patiente un risque injustifié ;

Vu le mémoire , enregistré le 23 décembre 2015, présenté pour Mme Z .par Maître ... avocat ;

Elle conclut, par les mêmes moyens que précédemment, au rejet de la plainte ;

Elle soutient, en outre, que :

le conseil de l'Ordre ne peut se prévaloir des prétendus manquements commis en 2012 qui n'ont jamais été démontrés et qui n' ont donné lieu à aucune procédure disciplinaire ;

il n' existe pas de directives précises et claires concernant la gestion des complications à domicile, ni de système institutionnel de transfert dans les structures hospitalières, élaborées à l'initiative des instances ordinales de la profession ; que parturiente à domicile et sages-femmes sont quasi systématiquement reçus avec hostilité dans les maternités lors des transferts ;

il convient de souligner le caractère contraignant de la décision du patient, notamment en pareille situation, au regard de l'arrêt CEDH Ternovszky / Hongrie, 14 décembre 2010, n°67545/09 ; à 15h45, alors que la tension artérielle s' est dégradée, Mme

P. requiert le SAMU, qui n' arrivera au domicile de Mme G. qu'à 16h30 ; il n' existait pas de signes évocateurs d' une hémorragie de la délivrance avant 15h45 ; que le grief d' information pourrait se concevoir si les parents s' étaient plaints d'un tel défaut d' information, ce qui n' est pas le cas ;
que le grief tiré de l'absence de transmissions claires n' est pas repris par le conseil de l' Ordre dans son mémoire du 2 décembre 2015 ;

Vu le mémoire , enregistré le 30 décembre 2015, présenté par le conseil de l'ordre des sages-femmes d'Ille-et-Vilaine ;

Il conclut aux mêmes fins que précédemment ;

Il soutient, en outre, que :

le rappel ordinal du 30 août 2012 est utile à l' appréciation de la situation de Mme P puisque les manquements pour lesquels elle est poursuivie ne sont pas inscrits dans une pratique isolée , mais réitérée ;

Mme P a manqué à ses obligations déontologiques ainsi qu' à la bonne pratique de la profession en s'abstenant d' appeler un médecin passé un délai d' une heure après l' accouchement ; que l' article L. 4151-3 du code de la santé publique prévoit qu' en cas de pathologie maternelle, la sage-femme doit faire appel à un médecin ; que la situation médicale de Mme G était pathologique dès 11h40 ;

que Mme P devait appeler un médecin en l'absence de délivrance placentaire; que l' argument selon lequel elle entendait respecter le souhait du père est inopérant dans la mesure où il ne s' agit pas du souhait de la patiente elle-même ; que Mme P tente de semer la confusion entre le transfert en établissement de soins et l' alerte qui aurait dû être faite à un médecin ; qu' à supposer que Mme G refuse un transfert, ce qui n' est pas établi, rien n' empêchait Mme P d' alerter un médecin et le cas échéant de recueillir son avis ;

Mme P n' a pas informé la patiente en temps utile et selon les formes appropriées, de la nécessité potentielle de la transférer compte-tenu de l'absence de délivrance placentaire, de la nécessité de prévenir rapidement un médecin et d'envisager un transfert ;

le fait que la clinique n' était pas prévenue de l' accouchement à domicile ne relève pas exclusivement de la patiente, puisqu' en tant que professionnelle de santé assurant l' accouchement, il lui appartenait de s' assurer que l'établissement de soins était prêt à recevoir la patiente en cas de transfert avant l'accouchement ;

le diagnostic de rétention placentaire devait être élaboré par une surveillance régulière des constantes, du pouls, de la tension artérielle, de l' évaluation des saignements et du globe utérin ; le premier relevé des constantes n' a été fait qu' une heure après la naissance et le pouls n'y est pas répertorié ; au cours des 5 heures, avant l' arrivée du SAMU seuls trois relevés ont été effectués; Mme P n'explique ni l'absence de diagnostic, ni l'absence d' organisation du transfert au cours de la première heure ;

la charte de l' accouchement à domicile dont Mme P revendique le bénéfice , préconise l'utilisation de feuilles de surveillance particulières, ce qu' elle n' a pas fait ; la feuille de surveillance fournie était particulièrement laconique ;

Mme P ne pouvait prescrire et administrer le Cytotec, dès lors qu' il ne s' agit pas d' un médicament listé par l'arrêté du ministre de la santé du 13 février 2013 ; en outre, ce médicament a été administré pour un autre usage que celui pour lequel il est autorisé à circuler sur le marché par l'agence nationale du médicament et des produits de santé ; enfin, Mme P ne pouvait prescrire ce médicament, puisqu' il a été démontré que la situation médicale de la patiente était pathologique, de sorte qu' en

application de l'article L. 4151-2 du code de la santé publique, seuls les soins d'un médecin pouvaient être prescrits ; Mme P ne pouvait donc prescrire seule le CYTOTEC;

Mme P soutient qu' elle n'aurait eu d'autre choix que de procéder à l'administration par défaut du CYTOTEC, alors que cette administration est la conséquence de l'absence d'un avis médical, d' un retard de prise en charge et d'une surveillance irrégulière ;

Mme P ne justifie nullement avoir donné une information précise et circonstanciée autour du risque d'hémorragie de la délivrance et de la rétention placentaire ;

La mise en danger résulte des manquements cumulés : absence d'avis médical, prescription inadéquate, absence d'information de la patiente et absence d' une organisation du transfert; en outre, il n'est pas indiqué sur la feuille de soins que Mme G aurait refusé un transfert, ou d'alerter un médecin, à partir de 11h40, ni à 14 h, heure à laquelle Mme P aurait proposé le transfert ; Mme P n' explique nullement quelles étaient les résistances de Mme G et les raisons pour lesquelles le transfert n' a pas été accepté plus tôt alors que la patiente a, in fine, accepté d' être transférée ;

Vu les autres pièces du dossier;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de justice administrative ;

Après avoir entendu au cours de l'audience publique du 4 janvier 2016:

- le rapport de Mme
- les observations et réponses de Maître et de Mme P elle-même ;
- les observations et réponses de Maître G pour le conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes et de Mme C, présidente de ce conseil;

Considérant que M. P, sage-femme, a accouché Mme G à son domicile le 20 juin 2015; que l'accouchement, intervenu à 10h40, n'a pas été suivi de la libération du placenta; qu'à 15h45, alors que la tension artérielle de la parturiente s'était dégradée, Mme P a requis le SAMU et administré un comprimé de Cytotec intra rectal

; qu'à son arrivée à la clinique de, à 17h20, Mme G a été transfusée de deux culots de sang; que la clinique de La ... a saisi le conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes d'une plainte dirigée contre Mme P.... à laquelle le conseil départemental a décidé de s'associer;

Sur les fautes

Considérant, en premier lieu, qu'aux termes de l'article R. 4127-325, deuxième alinéa, du code de la santé publique : « Sauf cas de force majeure, notamment en l'absence de médecin ou pour faire face à un danger pressant, la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige. »

Considérant qu' il ressort des manuels d'obstétrique et de la littérature qu' une délivrance physiologique naturelle ou spontanée du placenta doit intervenir dans un délai de 30 minutes à une heure à compter de l' accouchement ; qu' au-delà de ce délai, le diagnostic de rétention placentaire doit être posé ; que cette situation pathologique nécessite la mise en œuvre sans délai d'une prise en charge active de la délivrance ; qu' ainsi qu' elle l'a exposé à l' audience, Mme P a décidé, eu égard aux conditions de l' accouchement à domicile de s'abstenir de pratiquer elle-même une délivrance artificielle ; que, dans ces conditions, les soins à apporter à la parturiente à compter de 11h40 débordaient la compétence professionnelle de Mme P et devait la conduire à faire appel à un médecin; qu' à aucun moment, la sage- femme n' a pris l'attache d' un médecin et n' a appelé la maternité de qu' à 15 heures, selon ses déclarations, et même un peu plus tard, vers 15h30, selon la clinique ; qu' ainsi, la sage-femme a outrepassé ses compétences, en violation des dispositions de l'article R. 4127-325 deuxième alinéa du code de la santé publique;

Considérant, en deuxième lieu, qu'aux termes de l'article R. 4127-325, premier alinéa, du code de la santé publique : « Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né. » et qu'aux termes de l'article R. 4127-326 du même code: « La sage-femme doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes les plus appropriées et, s'il y a lieu, en s'entourant des concours les plus éclairés » ;

Considérant que le risque d'hémorragie après l'accouchement est plus élevé lorsque la délivrance du placenta tarde, comme en l' espèce , à intervenir ; que cette hémorragie est difficile à mettre en évidence à son début ; qu'une surveillance très attentive et rapprochée du pouls, de la tension artérielle, des saignements et du globe utérin peut seule permettre un diagnostic précoce ; que la précocité du diagnostic est d' autant plus importante que le lieu de l' accouchement se trouve, comme en l' espèce, éloigné d' un établissement hospitalier; que le compte-rendu fourni par Mme P fait état, après l' accouchement à 10h40, d' une prise de tension artérielle à 11h30, 14h et 15h45, soit trois fois en cinq heures, d' aucune prise de pulsation, d'un relevé non quantitatif des saignements à 11h30, 12h00 et 14h00 et de deux évaluations du globe utérin à 12h00 et 14h00 ; que cette surveillance est manifestement insuffisante ; que Mme P a manqué à ses obligations résultant des dispositions précitées des articles R. 4125-325, deuxième alinéa et R. 4127-326 du code de la santé publique ;

Considérant, en troisième lieu, qu' aux termes de l' article L. 4151-4 du code de la santé publique : « Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. », aux termes de l'article R. 4127-313 du même code : « Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités. » et aux termes de l'article R. 4127-314 du même code: « La sage-femme ne peut proposer aux patientes ou à leur entourage, comme salutaires ou efficaces, des remèdes ou des procédés insuffisamment validés sur le plan scientifique. » ;

Considérant que le Cytotec, médicament administré à Mme G par Mme P à 15h45, ne fait pas partie des médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel et qu'en outre, sa mise sur le marché n'a été autorisée que pour la seule indication d'ulcère digestif; que Mme Pedaran explique qu'elle a recouru à ce médicament en raison de l'urgence et parce qu'elle ne disposait pas d'ocytocine, médicament dont l'usage est autorisé aux sages-femmes et spécialement dédié au traitement des hémorragies post-partum; que, toutefois, la situation d'urgence dans laquelle Mme P a fait usage du Cytotec résulte elle-même des manquements de l'intéressée, à savoir l'absence de recours à un médecin, un retard de prise en charge et une surveillance irrégulière; que, d'autre part, la difficulté à obtenir de l'ocytocine évoquée par Mme P ne justifiait pas qu'elle lui substitue dans sa trousse un médicament qu'une sage-femme n'est pas autorisée à utiliser pour son usage professionnel; que l'administration du Cytotec révèle une violation caractérisée de l'article L. 4151-4 du code de la santé publique;

Considérant, en quatrième lieu, qu'aux termes de R. 4127-309, deuxième alinéa, du code de la santé publique: « En aucun cas, la sage-femme ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux » et qu'aux termes de l'article R. 4127-314 du même code: « La sage-femme doit s'interdire dans les investigations ou les actes qu'elle pratique comme dans les traitements qu'elle prescrit de faire courir à sa patiente ou à l'enfant un risque injustifié. »;

Considérant que l'hémorragie du post-partum est une des complications les plus fréquentes et les plus graves du post-partum; que la rapidité de la prise en charge à compter du diagnostic est essentielle à la prévention de la mortalité maternelle;

Considérant qu'il n'est pas contesté qu'en égard à la distance de 23 km séparant le domicile de Mme G de l'établissement de soins, le délai minimal requis pour s'y rendre est de l'ordre de 35 minutes; qu'à ce délai minimal doit être ajouté le délai d'intervention du SAMU; qu'en l'espèce, le SAMU, alerté par Mme P à 15h45, n'est arrivé sur place qu'à 16h30 et n'a été en mesure de conduire Mme G à la clinique de ... qu'à 17h20; qu'entretemps, le taux d'hémoglobine de la parturiente, initialement de 10,4 g/l, a chuté à 6,2 g/l, ce qui correspond à une perte de sang qui peut être évaluée à 1 500 ml environ représentant une mise en danger grave de la patiente, qui a bénéficié à la clinique d'une transfusion de deux culots de sang;

Considérant que Mme P ne s'est pas assurée qu'une maternité et le SAMU avaient été préalablement prévenus de l'éventualité d'un transfert; qu'ainsi qu'il a été dit précédemment, elle a laissé s'écouler sans réagir un délai anormalement long, de plusieurs heures, après le diagnostic de rétention placentaire et n'a pas procédé à une surveillance régulière des constantes de la parturiente; que cette attitude est d'autant plus fautive que la précocité du diagnostic d'hémorragie est d'importance vitale, que Mme P ne disposait pas des moyens adéquats pour traiter une hémorragie et qu'il était aisément prévisible que la durée du transfert serait importante;

Considérant que, si Mme P fait valoir pour sa défense que le retard résulte du refus des parents d'envisager le transfert, il y a lieu de relever que les déclarations de Mme P ont varié en ce qui concerne l'heure à laquelle elle aurait proposé un transfert; qu'après avoir indiqué dans ses écritures qu'elle avait proposé un transfert de la parturiente à 14 heures, elle a exposé à l'audience qu'elle avait proposé le transfert une heure après l'accouchement, soit dès 11h40, et qu'elle se serait heurtée au refus des parents; que, toutefois, selon le compte-

rendu de l'accouchement, établi sur le moment et remis lors du transfert à la clinique, le transfert n' a été proposé qu' à 14 heures ; que, par ailleurs, le refus allégué de la parturiente elle-même d' être transférée ne ressort que des déclarations de la sage-femme ; qu' à supposer ce refus établi, il n' est pas démontré qu' il ait été exprimé par la parturiente en toute connaissance de cause, dès lors que Mme P ne justifie pas l'avoir dûment informée, ni avant l'accouchement ni surtout après le diagnostic de rétention placentaire, du risque spécifique de l' hémorragie du post-partum et de la gravité de ses suites ;

Considérant que, même à 14 heures, devant le refus allégué des parents de consentir au transfert, Mme P n' a ni prévenu un médecin, comme elle aurait déjà dû le faire dès le constat de rétention placentaire, ni appelé le SAMU ni prévenu la clinique et qu'elle a laissé s' écouler encore au moins une heure avant de téléphoner à la clinique et une heure quarante-cinq minutes avant d'alerter le SAMU; que Mme P a ainsi commis de multiples fautes et négligences qui ont mis en danger la vie de sa patiente ; que, par suite, les dispositions des articles R. 4127-309, deuxième alinéa, et R. 4127-314 du code de la santé publique;

Considérant, enfin, qu' il ressort des déclarations à l' audience par Mme P que la prise en charge fautive de Mme G le 20 juin 2015 correspond à sa pratique habituelle; qu'il y a lieu de signaler, à cet égard, que le CHRU de avait déjà attiré l'attention du conseil départemental de l' Ordre sur deux cas de transferts dangereusement tardifs de patientes de Mme P, dont l' une également en situation d' hémorragie ;

Considérant que les manquements susmentionnés justifient l'application d' une sanction prévue à l' article L. 4124-6 du code de la santé publique ;

Sur la sanction

Considérant qu' aux termes de l' article L. 4124-6 du code de la santé publique:

« Les peines disciplinaires que la chambre disciplinaire de première instance peut appliquer sont les suivantes :

1° L'avertissement ;

2° Le blâme ;

3° L'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, conférées ou rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des mêmes fonctions accomplies en application des lois sociales ;

4° L'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis ; cette interdiction ne pouvant excéder trois années ;

5° La radiation du tableau de l'ordre.

Les deux premières de ces peines comportent, en outre, la privation du droit de faire partie du conseil départemental, du conseil régional ou du conseil interrégional et du conseil national, de la chambre disciplinaire de première instance ou de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre pendant une durée de trois ans ; les suivantes, la privation de ce droit à titre définitif. Le médecin , le chirurgien-dentiste ou la sage-femme radié ne peut se faire inscrire à un autre tableau de l'ordre. La décision qui l'a frappé est portée à la connaissance des autres conseils départementaux et de la chambre disciplinaire nationale dès qu'elle est devenue définitive.

Les peines et interdictions prévues au présent article s'appliquent sur l'ensemble du territoire de la République.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie d'un sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce l'une des sanctions prévues aux 3° et 4°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction ».

Considérant qu'au regard de l'ensemble des circonstances de l'espèce, il y a lieu de prononcer à l'encontre de Mme P, en application du 3° de l'article précité, l'interdiction permanente de la pratique de l'accouchement ;

Sur l'obligation de suivre une formation

Considérant qu'aux termes de l'article 4124-6-1 du code de la santé publique : « Lorsque les faits reprochés à un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle, la chambre disciplinaire de première instance peut, sans préjudice des peines qu'elle prononce éventuellement en application de l'article L. 4124-6, enjoindre à l'intéressé de suivre une formation telle que définie par l'article L. 4133-1 pour les médecins, L. 4143-1 pour les chirurgiens-dentistes et L. 4153-1 pour les sages-femmes. / Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Considérant qu'aux termes de l'article R. 4126-30 du code de la santé publique : « Les décisions de la chambre disciplinaire prononçant une peine d'interdiction temporaire d'exercer la profession ou de radiation ou les ordonnances de son président fixent la période d'exécution ou la date d'effet de cette sanction en tenant compte du délai d'appel et, s'agissant de la chambre nationale, le cas échéant, du délai d'opposition. / Si la décision ne précise pas de période d'exécution, la peine est exécutoire le lendemain du jour où elle devient définitive. / Lorsque les faits reprochés à l'intéressé ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle du praticien, la chambre disciplinaire peut lui enjoindre, en application de l'article L. 4124-6-1, de suivre une formation, sauf si la chambre est informée qu'une expertise ordonnée en application de l'article R. 4124-3-5 est en cours de réalisation ou a été réalisée dans l'année précédant l'enregistrement de la plainte sur laquelle elle a statué. / La chambre transmet sa décision au conseil régional ou interrégional qui met en œuvre la procédure prévue aux articles R. 4124-3-5 à R. 4124-3-7 afin, notamment, de définir les modalités de la formation enjointe par la chambre disciplinaire et de prononcer, le cas échéant, une décision de suspension temporaire, totale ou partielle, du droit d'exercer. Le conseil régional ou interrégional tient la chambre informée des suites réservées à sa décision » ;

Considérant que les actes ou les omissions de Mme P ainsi que les explications fournies par cette dernière à l'audience ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle de l'intéressée ; qu'il y a lieu, en conséquence, d'enjoindre à Mme P de suivre une formation, telle que définie par l'article L. 4153-1 précité, dont les modalités seront définies par le conseil interrégional de l'ordre des sages-femmes dans les conditions prévues par l'article R. 4126-30 précité ;

DECIDE:

Article 1er : Il est prononcé une interdiction permanente de pratiquer l'accouchement à l'encontre de Mme P.

Article 2 : Il est enjoint à Mme P de suivre une formation dans les conditions prévues à l'article R. 4126-30 du code de la santé publique. La présente décision est transmise à cette fin au Conseil Interrégional du Secteur

Article 3 : La présente décision sera notifiée à Mme P, à la clinique ..., au CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES ..., au Directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République d'..., au conseil national de l'ordre des sages-femmes et au ministre de la santé.

Copie du présent jugement sera transmise pour information au directeur régional des finances publiques de .

Délibéré après l'audience du 4 janvier 2016 à laquelle siégeaient

, président,

Le Président,

La

greffière

M
m
e

L
.

L
a
g
r
a
n
g
e

l,(c.c\ -◇ -j"

