

Le Bulletin Juridique du Praticien Hospitalier

Cahier spécial au BJPH n° 86 – Mars 2006

Particularités de prise en charge des patients témoins de Jéhovah

Docteur H. BEN AMOR
Médecin anesthésiste-réanimateur,
doctorante en droit médical

I. – INTRODUCTION

Les témoins de Jéhovah (TJ), par convictions religieuses, refusent les transfusions sanguines : sang autologue ou homologue, l'injection de concentrés érythrocytaires, de globules blancs ou de plaquettes. Cependant, ils peuvent accepter la greffe d'organe, la dialyse ou le cœur artificiel.

Nombre de médecins expriment un malaise quant à la prise en charge des TJ. La loi n° 2002-303, du 4 mars 2002, relative aux droits des malades tend à responsabiliser le patient et admet qu'il est, au côté du médecin, un véritable acteur de sa prise en charge thérapeutique. Les TJ trouvent dans cette loi un argument formel pour défendre leur revendication et se faire soigner selon leurs croyances religieuses.

II. – QUI SONT LES TÉMOINS DE JÉHOVAH ?

Témoins de Jéhovah : ceux qui rendent témoignage à Jéhovah, à Sa divinité et à Ses desseins.

Les étudiants de la Bible : mouvement qui s'est formé au début des années 1870, à Allegheny (qui fait partie actuellement de Pittsburgh, en Pennsylvanie, aux États-Unis). Au début, il s'agissait d'un cercle d'études de la Bible relativement petit qui n'a cessé de s'élargir pour former une association qui a acquis la capacité juridique en 1884. Ils ont pris le nom de témoins de Jéhovah en 1931.

Les témoins de Jéhovah comptent plus de 13 millions de fidèles et sympathisants dans le monde, dont 250 000 en France, et se trouvent dans plusieurs pays.

Les TJ croient qu'une transfusion peut leur valoir la damnation.

III. – LES ATTENTES DES TÉMOINS DE JÉHOVAH

Les TJ refusent toute transfusion de sang ou l'un de ses dérivés, leur choix est fondé sur leur compréhension des textes bibliques. La prise en charge médicale ne se différencie de celle des autres que par cette seule variante. Selon leur croyance, le sang qui sort du corps doit être jeté, c'est pourquoi les témoins de Jéhovah n'acceptent pas que l'on stocke leur sang en vue d'une autotransfusion. Les techniques de prélèvement peropératoires qui nécessitent le stockage de sang sont pour eux inacceptables. Toutefois, nombre de TJ acceptent l'utilisation d'un dialyseur, de circulation extracorporelle ou de récupération peropératoire à condition que la circulation du sang ne soit pas interrompue.

1. – Généralement acceptés

- L'hémodilution normovolémique aiguë ;
- L'hémodilution normovolémique aiguë augmentée ;

- La récupération peropératoire et transfusion ;
- Les cristalloïdes ;
- Les colloïdes ;
- L'érythropoïétine.

2. - Généralement refusés

- Le sang total ;
- Les culots globulaires ;
- Les leucocytes ;
- Les plaquettes ;
- Le plasma ;
- Le don de sang autologue préopératoire.

3. - Décision individuelle

- La circulation extracorporelle ;
- La dialyse ;
- La plasmaphérèse ;
- L'albumine ;
- Les immunoglobulines ;
- Les vaccins ;
- Les facteurs de coagulation ;
- L'antithrombine ;
- La récupération postopératoire et transfusion ;
- Les transplantations d'organes ;
- Blood patch.

IV. - TRANSFUSION DE SANG ALLOGÉNIQUE : EFFICACITÉ ET EFFETS INDÉSIRABLES

1. - Efficacité

L'intérêt des transfusions de sang allogénique reste indiscutable dans les urgences traumatologiques graves et les cas de pertes sanguines majeures. Cependant, cet intérêt est douteux dans les situations moins critiques. Dans une étude prospective randomisée multicentrique sur la transfusion sanguine en soins intensifs sur 838 patients, les protocoles de transfusion restrictifs visant une hémoglobine de 7 à 9 g/dl ont été comparés avec les protocoles libéraux visant une hémoglobine de 10 à 12 g/dl. Bien que la mortalité à trente jours ait été comparable dans les deux groupes : restrictif : 18,7 % contre libéral : 23,3 % ; la mortalité intrahospitalière, l'incidence d'œdème pulmonaire ainsi que d'infarctus du myocarde, et le score corrigé de la dysfonction d'organes ont été significativement plus bas dans le groupe restrictif.

2. - Effets indésirables

Les effets indésirables de la transfusion de sang allogénique sont multiples, ils peuvent être d'ordre infectieux, immunitaires ou autres.

3. - Transmission de maladies infectieuses

Les transmissions virale, bactérienne ou parasitaire restent rares dans les pays industrialisés, cependant, elles constituent encore un grave problème dans les pays sous-développés.

La transmission virale ne se limite pas aux virus HIV et celui de l'hépatite C, de nouveaux virus ont été découverts chez les donneurs volontaires de sang en bonne santé : hépatite G, virus herpès humain de type 8, la transmission de virus encore inconnus et de prions semble aussi possible malgré toutes les précautions, constituant une autre source de préoccupation.

4. - Immunomodulation

La transfusion de sang allogénique induit une altération de l'immunité chez le receveur, d'où une incidence plus élevée d'infections chez ces patients. Une incidence augmentée d'infections postopératoires a été démontrée après les interventions orthopédiques, abdominales et cardiaques. Ces infections prolongent le séjour aux soins intensifs et à l'hôpital et augmentent les coûts d'hospitalisation. L'intérêt de la déplétion leucocytaire dans la diminution de l'incidence d'infections postopératoires est controversée. En chirurgie cardiaque, une mortalité réduite a été observée chez les patients transfusés par du sang déleucocyté, mais les infections ont été moins fréquentes uniquement chez ceux recevant plus de 3 unités de sang.

5. - Syndrome de détresse respiratoire posttransfusionnel

Le syndrome de détresse respiratoire posttransfusionnel (TRALI) apparaît deux à quatre heures après la transfusion et nécessite souvent une prise en charge aux soins intensifs avec ventilation artificielle, il peut disparaître en quatre jours. L'incidence est d'environ 0,02 % ou 1 cas pour 5 000 unités transfusées. L'activation des anticorps du donneur contre les leucocytes du receveur avec des facteurs prédisposants comme infection, chirurgie ou transfusion massive serait à l'origine.

Les produits sanguins provenant des femmes multipares sont particulièrement souvent impliqués. Chez les patients de soins intensifs transfusés en protocole libéral, une incidence plus importante a été constatée pour l'œdème pulmonaire : 10,7 % contre 5,3 %, et pour le syndrome respiratoire de l'adulte : 11,4 % contre 7,7 %.

V. – LES ALTERNATIVES A LA TRANSFUSION SANGUINE

1. – Don du sang autologue en préopératoire

Dans la chirurgie réglée, le recours à la prédonation de sang autologue est possible, une consultation d'anesthésie suffisamment avant la date opératoire est nécessaire pour informer le patient, éliminer les contre-indications et organiser avec le centre de transfusion sanguine le protocole des prélèvements et de traitement de suppléance si besoin.

Les risques de la transfusion autologue sont plus bas que la transfusion homologue. Cependant, le rapport coût/efficacité peut apparaître défavorable. Cela est dû à une importante proportion de culots érythrocytaires finalement non utilisés. Une bonne sélection des patients permettrait d'éviter les 20 à 73 % de conserves sanguines non utilisées.

2. – Hémodilution normovolémique aiguë (ANH)

Cette technique consiste en un prélèvement de sang immédiatement avant la chirurgie, avant ou après l'induction anesthésique, et en le remplaçant par un liquide de remplissage. Associée ou non à une donation préopératoire de sang, cette technique a réduit le recours aux transfusions allogéniques. L'ANH constitue une technique d'épargne transfusionnelle utile en clinique d'autant plus qu'elle est moins coûteuse que le don préopératoire de sang autologue dont elle présente alors une meilleure alternative.

L'administration préopératoire d'érythropoïétine est particulièrement intéressante étant donné l'efficacité accrue de l'ANH en cas d'un taux d'hémoglobine haut préalable.

L'adjonction peropératoire de transporteurs artificiels d'oxygène définit le concept de « l'hémodilution normovolémique aiguë augmentée » (*augmented acute normovolemic hemodilution*, A-ANH). Avant l'opération, l'ANH est réalisée pour atteindre un taux bas d'hémoglobine. Pendant l'intervention, alors que l'hémoglobine chute d'avantage à cause des pertes sanguines et au remplacement liquidien, un transporteur artificiel d'oxygène est administré afin d'accroître le transport d'oxygène moléculaire et l'oxygénation tissulaire, par conséquent la tolérance de taux bas d'hémoglobine. A la fin de l'intervention, le sang prélevé pendant l'ANH est retransfusé, d'où un taux d'hémoglobine postopératoire relativement haut.

3. – Récupération peropératoire du sang et retransfusion

Technique qui consiste en la récupération en peropératoire du sang perdu par le patient puis le lui transfuser après lavage et filtration. Cette technique est indiquée en cas de pertes sanguines relativement importantes (supérieures à

1 litre), elle est de plus utilisée dans des opérations avec des déperditions sanguines moindres, elle représente une technique séduisante pour éviter la transfusion allogénique, mais elle est contre-indiquée dans les interventions septiques, obstétriques et oncologiques. Cependant, avec la technique d'irradiation du sang récupéré, cette technique est utilisée dans la chirurgie oncologique. Elle comprend quelques risques : infectieux, métaboliques et surtout le risque d'embolie gazeuse.

4. – Traitement médicamenteux

■ Le traitement martial

Le recours au traitement martial est souvent indispensable pendant la période préopératoire. En cas de don préopératoire de transfusion autologue un apport de fer par voie orale est indispensable quel que soit le chiffre d'hémoglobine de départ. Le fer joue un rôle important dans la correction d'une anémie aiguë telle que l'anémie postopératoire. Le bénéfice du traitement martial *per os* reste limité parce que, même avec une bonne tolérance, l'absorption intestinale ne peut pas dépasser 15 mg/jour. Le recours à la voie intraveineuse pour l'administration est plus intéressante car elle permet une grande concentration du fer dans les monocytes-macrophages, ce qui garantit l'abondance de ce métal pour l'érythropoïèse. La correction de l'anémie est plus rapide si on associe au traitement martial par voie intraveineuse l'érythropoïétine.

■ L'érythropoïétine

L'administration de l'érythropoïétine préopératoire avec adjonction de fer par voie orale ou intraveineuse est un moyen efficace, mais coûteux, pour réduire la transfusion homologue ; elle est généralement bien supportée par les patients. Une augmentation de la concentration préopératoire de l'hémoglobine par l'utilisation d'érythropoïétine peut être utile étant donné qu'une hémoglobine basse en préopératoire constitue le facteur majeur pour la transfusion homologue. Les effets secondaires tels qu'hypotension artérielle ou événements thrombotiques, observés lors de traitements à long terme chez les patients avec maladie rénale terminale, sont inhabituels chez les malades chirurgicaux recevant l'érythropoïétine pendant une durée limitée.

■ L'aprotinine

L'aprotinine été utilisé en chirurgie cardiaque puis non cardiaque : la résection hépatique, la chirurgie orthopédique majeure, pour réduire les pertes sanguines per et postopératoires et le recours à la transfusion allogénique.

5. – Technique anesthésique

En plus des différentes stratégies de la conservation sanguine, les anesthésistes peuvent contribuer à la réduction de la déperdition sanguine et les besoins de transfusion allogénique. Le choix de la technique anesthésique : l'anesthésie

locorégionale quand c'est possible, l'optimisation du remplissage liquidien, la normothermie, la ventilation hyperoxygène et l'hypotension contrôlée contribuent à une réduction du recours à la transfusion allogénique.

6. – Technique chirurgicale

Les pertes sanguines peropératoires sont généralement engendrées par l'acte opératoire, d'où l'intérêt de recourir aux techniques chirurgicales qui permettent de limiter le saignement peropératoire telles que le recours à la coelioscopie, et l'utilisation de matériel opératoire adapté tel que le bistouri à ultrasons ou le dissecteur à jets d'eau. Dans tous les cas une bonne hémostase chirurgicale est nécessaire pour éviter tout saignement postopératoire, d'où les reprises chirurgicales, l'anémie postopératoire et la transfusion sanguine.

VI. – TAUX MINIMAUX D'HÉMOGLOBINE TOLÉRÉS

La notion de seuil transfusionnel en période péri-opératoire est critiquée ; il faut prendre en compte la vitesse du saignement et la tolérance clinique. Les seuils suivants sont retenus : après correction de l'hypovolémie : 7 g/dl chez les personnes sans antécédents particuliers ; 8-9 g/dl chez les patients ayant des antécédents cardiovasculaires et 10 g/dl chez les personnes ne tolérant pas cliniquement des concentrations inférieures ou atteintes d'insuffisance coronarienne aiguë ou d'insuffisance cardiaque sévère.

Dans la période postopératoire il n'existe aucune valeur limite de l'hémoglobine critique applicable universellement, et l'indication de la transfusion allogénique devrait être guidée par les signes physiologiques d'oxygénation inadéquate plutôt que par un taux d'hémoglobine arbitrairement fixé.

La prise en charge des TJ dans des centres qui acceptent de les soigner sans recourir aux transfusions sanguines a multiplié les cas de patients avec des chiffres d'hémoglobine très bas. On cite le cas d'un patient âgé de soixante-quatorze ans, sans antécédents, hospitalisé pour hémorragie digestive basse, opéré en urgence parce qu'il a signé un formulaire de refus de transfusion sanguine, il a bénéficié d'une colectomie subtotalaire avec iléostomie, son hémato-crite est passé de 27 % en préopératoire à 15 % en postopératoire, pris en charge en réanimation, qu'il a quitté après cinquante-huit jours d'hospitalisation avec une hémato-crite à 28 % sans aucune transfusion. Son séjour en réanimation a été marqué par plusieurs complications, en particulier une récurrence de l'hémorragie et un épisode d'insuffisance coronarienne. Six mois après, le patient est en bon état de santé et son hémato-crite est à 37 %. On trouve dans la littérature plusieurs autres cas de patients qui ont survécu malgré des chiffres très bas d'hémoglobine : 1,8 g/dl ; 2,3 g/dl ; ou d'hémato-crite très bas : 8 % ; 6,56 % ; 6,5 % ; ces patients sont âgés entre vingt-deux et quarante et un ans, ils n'ont pas bénéficié

de transfusion sanguine, mais une réanimation lourde était nécessaire avec une sédation profonde, des vasopresseurs, curarisation prolongée, hypothermie et parfois on a eu recours à l'oxygène hyperbare.

VII. – LES TÉMOINS DE JÉHOVAH ET LA LÉGISLATION

Le combat des témoins de Jéhovah pour faire admettre d'être soignés sans recours à la transfusion sanguine remonte à 1914 (Schlendorff c./ l'hôpital de New York) ; bien que le patient ait perdu, la conclusion du juge était : *Toute personne adulte et en bonne santé mentale a le droit de déterminer ce qu'on fait à son propre corps*, donnant la base des règlements concernant le droit de refus de certaines thérapeutiques spécifiques. Le recours à la justice pour faire valoir ce droit s'est multiplié à la fin du XX^e siècle, aboutissant à une situation plus éclairée aussi bien pour les patients TJ que pour les médecins.

En France, la prise en charge des patients TJ a posé beaucoup de problèmes qui sont actuellement résolus par l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique :

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne.

La situation des témoins de Jéhovah paraît bien éclairée grâce à la loi relative aux droits des malades, dite loi Kouchner, du 4 mars 2004, qui incarne la démocratie sanitaire et témoigne de l'évolution des mentalités et des comportements médicaux, et conforte le difficile équilibre entre le médecin qui détient le savoir et le patient qui a un corps souffrant. L'étude de la jurisprudence antérieure paraît alors inutile ; dès lors, grâce à cette loi, tout patient TJ peut être soigné en France sans recours à la transfusion sanguine du moment qu'il ne change pas d'avis, et tout médecin a l'obligation de le soigner en respectant son choix. M^{me} le professeur Yvonne Lambert-Faivre le souligne : *Aujourd'hui la jurisprudence qui sanctionne un médecin d'avoir respecté la volonté du malade (CE, 29 juillet 1994), ou celle qui légitime une transfusion sanguine effectuée contre la volonté exprimée d'un témoin de Jéhovah (CAA Paris, 9 juin 1998 ; CE, 26 octobre 2001) ne devrait plus avoir cours.*

Les TJ sont détenteurs d'un document qui s'assimile à une attestation de refus sélectif de transfusion sanguine dans le temps et dans l'espace. Ce certificat mentionne en caractère gras que l'intéressé *décharge les médecins, les anesthésistes, les hôpitaux et leur personnel de la responsabilité de toute conséquence dommageable qui pourrait résulter du refus*. Ce document, renouvelé annuellement et authentifié par la signature de deux personnes différentes, certifie la volonté expresse du patient de ne pas poursuivre le médecin pour non-administration dommageable de transfusion sanguine.

Dans le domaine des infractions pénales fondées sur l'article 63, alinéa 2, du Code pénal, qui vise le délit de non-assistance à personne en danger, l'opposabilité de l'attestation écrite de refus de produits sanguins rend irrecevable toute poursuite contre le praticien.

■ Cas particulier de l'urgence extrême et le patient TJ ne peut exprimer son consentement

Les médecins anesthésistes-réanimateurs se trouvent souvent dans des situations d'extrême urgence où il faut agir vite pour sauver la vie du patient. Le meilleur exemple est celui de la traumatologie avec deux cas de figures.

Le premier, le médecin ne sait pas qu'il s'agit d'un TJ. Le médecin est libre dans ses choix thérapeutiques pour soigner son malade.

Dans le deuxième cas, le médecin a été informé par la famille qu'il s'agit d'un TJ et surtout s'il récupère le certificat signé par le patient et par deux témoins signalant explicitement le refus de toute transfusion sanguine par le patient, à ce moment le médecin doit prendre en considération le choix du patient et le respecter, et surtout il a l'obligation de recourir à toutes les possibilités d'alternative à la transfusion sanguine telle que la récupération de sang et le transfuser, les antifibrinolytiques, etc., avant de transfuser.

Un transfert du patient dans une structure qui peut le prendre en charge, qui dispose des moyens de traitement sans recours à la transfusion sanguine telle que l'embolisation, peut être envisagée, ce transfert peut être facilité par une organisation régionale de prise en charge des traumatisés graves, et dans le cas des patients TJ par les comités de liaisons hospitaliers.

■ Cas particulier des patients mineurs enfants de témoins de Jéhovah

La question de prise en charge des patients enfants de TJ a été définie en 1944 (Prince c./ Massachusetts) : *Les parents peuvent être libres de se martyriser, mais ils ne sont pas libres de faire martyriser leurs enfants.*

Aux termes de l'article 371-2 du Code civil, « l'autorité parentale appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité. Ils ont à son égard droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation ». Le mineur est placé sous l'autorité de ses parents. Ainsi, le mineur non émancipé est réputé incapable de donner valablement son consentement. Celui-ci doit, par conséquent, être recueilli auprès du ou des titulaires de l'autorité parentale (père et mère ou, par défaut, tuteur).

Toutefois, la loi n° 2002-303, du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, atténue l'exigence du consentement parental en consacrant l'autonomie du mineur (droit à l'information et au consentement de la personne mineure).

Lorsque les titulaires de l'autorité parentale refusent un traitement médical indispensable sur la personne de mineur, l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique prévoit que :

« Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur (ou du majeur sous tutelle), le médecin délivre les soins indispensables. »

Plusieurs équipes médicales acceptent de soigner des enfants de TJ en utilisant les alternatives à la transfusion sanguine. La transfusion de ces patients est alors évitée, mais en cas de détresse le médecin a le plein droit, voire l'obligation, de décider dans l'intérêt du patient et le transfuser en se basant sur l'article L. 1111-4 du CSP sus-cité.

VIII. - ÉTHIQUE ET TÉMOINS DE JÉHOVAH

Quoi de plus simple de respecter le patient et son choix thérapeutique, surtout si la loi nous protège ? Accepter de ne pas transfuser un patient TJ signifie abolir la solution de facilité qu'ont les médecins de transfuser pour sauver la vie du malade. Nombre de praticiens conviennent que le recours à la transfusion est beaucoup trop large, nombreux sont les patients qui sont transfusés avec un chiffre d'hémoglobine acceptable. Mais, faute de preuve, la pratique continue et avoir la facilité de transfuser témoignerait peut-être de la peur du médecin de voir le sang couler ; donc, en transfusant, le médecin se sent plus rassuré et son patient est sauvé, car la mort d'un patient, à part les problèmes juridiques qu'elle peut poser, témoigne indirectement de l'incompétence du médecin.

Les témoins de Jéhovah sont des patients qui ont choisi d'être soignés sans recours à la transfusion sanguine par conviction religieuse donc leur choix est ancré dans leur principes, recourir aux alternatives de la transfusion sanguine pour les soigner est de leur droits comme ceux qui refusent la transfusion pour des raisons sanitaires. Refuser de recourir à ces stratégies, quand elles sont disponibles, témoignerait d'une paresse de la part du médecin, car ces stratégies nécessitent un travail supplémentaire, ou d'un état d'esprit encore classique du médecin qui décide. Le choix de ces patients est très simple, autant le respecter.

D'autre part, le suicide est interdit par la religion pour les TJ, et refuser catégoriquement la transfusion sanguine serait choisir de mourir, c'est-à-dire de se suicider, il serait peut être plus moral d'accepter, dans les cas où le recours aux alternatives à la transfusion sanguine est insuffisant ou impossible, de recevoir une transfusion salvatrice.

Actuellement, avec les progrès de la science, le développement du matériel opératoire et les techniques anesthésiques, tous les patients doivent bénéficier des alternatives à la transfusion sanguine, quelles que soient leurs convictions religieuses, éviter la transfusion permet d'éviter toutes ses complications aussi bien infectieuses qu'immunitaires. De nos jours, la transfusion doit être la solution quand tous les autres moyens sont utilisés, mais restent insuffisants, ou bien dans les cas où ces alternatives ne peuvent être utilisées comme dans la chirurgie de guerre ou suite à une catastrophe avec un grand nombre de blessés.

IX. – CONCLUSION

Alors que les témoins de Jéhovah refusent la transfusion sanguine pour des motifs religieux, un nombre croissant de personnes, qui ne sont pas TJ, optent pour des thérapeutiques non sanguines par crainte de maladies transmissibles ou de réactions immunitaires. Le devoir du médecin est d'informer le patient des risques qu'il encourt en refusant la thérapeutique qui lui est proposée et c'est au patient de décider, en dernier lieu, s'il veut ou non recourir à cette thérapeutique. Les TJ refusent la transfusion du sang et de tous

ses dérivés, mais ils ne s'opposent pas à l'emploi de substituts plasmatiques tels que les colloïdes, de moyens médicamenteux ou de techniques anesthésiques ou de réanimation. Grâce au développement des techniques chirurgicales et des stratégies d'épargne de sang, un nombre croissant de TJ sont pris en charge malgré des chiffres d'hémoglobine très bas ; ceci nous pousse à réfléchir sur l'utilité de la transfusion dans beaucoup de cas et surtout à poser les indications de la transfusion sanguine au cas par cas au lieu de se baser sur la notion de chiffre d'hémoglobine critique à partir duquel la transfusion deviendrait nécessaire. ■

De l'indemnisation des collatéraux à l'indemnisation des dommages collatéraux

Observations sous TGI de Reims, première chambre civile, 19 juillet 2005

Laurent DELPRAT

Docteur en droit privé et sciences criminelles,
attaché temporaire d'enseignement
et de recherches

*Collatéral : hors de la ligne de parenté directe : frères et sœurs, oncles et tantes.
Dommage collatéral : préjudice porté à quelqu'un de façon accessoire, annexe.*
DICTIONNAIRE LAROUSSE.

Le paradoxe entre ces deux concepts semble également se retrouver dans les incohérences existant parfois entre, d'une part, l'esprit de la loi et, d'autre part, son application. Tel semble, à la première lecture, être le cas de la loi du 4 mars 2002 et de son dispositif communément appelé « anti-Perruche », et le jugement rendu par la première chambre civile du tribunal de grande instance de Reims le 19 juillet 2005. En effet, le 17 novembre 2000, l'assemblée plénière de la Cour de cassation, dans son fameux arrêt Perruche, avait admis que la naissance d'un enfant handicapé pouvait constituer en elle-même un préjudice indemnisable non seulement pour ses parents, mais aussi pour le principal intéressé. Devant les nombreux débats ayant suivi, le Parle-

ment avait, dans le cadre de la loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, introduit dans son article 1^{er} un dispositif, souvent dénommé à ce titre « anti-Perruche » en référence à cette jurisprudence, disposant que *nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance*.

Dans le même ordre d'idée, les parents ne pouvaient demander que l'indemnisation de leur propre préjudice, à savoir : celui de leur perte de chance de pouvoir bénéficier d'une interruption thérapeutique de grossesse. Les juges avaient jugé, le législateur avait légiféré, l'affaire était donc close. Mais, parfois, l'histoire se répète, profitant des lacunes législatives pour tenter de s'y introduire. Ainsi, c'est d'abord la problématique de la, ou non, rétroactivité de cette disposition qui a suscité les premières polémiques. La Cour européenne des droits de l'homme y a répondu, condamnant la France pour l'avoir appliquée aux instances en cours, reste à surveiller l'évolution et l'application de cet arrêt sur les ins-