

DIFFICULTÉS DANS LE RAPPROCHEMENT DES POINTS DE VUE

SOUCI DE BIENVEILLANCE OBSTÉTRICALE

Amina YAMGNANE

Gynécologue Obstétricienne

amina.yamgnane@ahparis.org

Des guidelines pourquoi faire ?

- Pour pratiquer une obstétrique qui respecte les données de la science
 - Pour garantir à la future mère qu' il va bénéficier de soins validés
 - Pour garantir au futur enfant qu' il va bénéficier de soins validés
- Pour mettre la future famille à l' abri d'une pratique obstétricale dégradée
- Pour se protéger sur le plan médico légal

Que dit la loi ? française 😊

- Que le respect des guidelines est une contrainte
- Que les femmes doivent consentir à un soin pour que nous puissions le pratiquer
- ***PAS DE CONSENTEMENT = PAS DE SOINS***
- Exception : le pronostic vital engagé d'un patient incapable de formuler son avis
- ! Recueil des directives anticipées

Qui sont ces femmes qui expriment de telles demandes ?

- **LES FEMMES EN MISSION**

- Posture intellectuelle, centrée sur l'autonomisation des femmes
- La volonté de sortir de l'inféodation qui leur est faite (par les hommes en particulier) Or le protocole médical est par essence la symbolique absolue de l'ordre rédigé par le masculin afin d'y soumettre le féminin.
- L'assurance que la Nature a donné aux femmes de mettre au monde et que la Nature est bonne par essence (mouvement écologiste civilisationnel)
- Démontrer que les femmes ont un corps, dont elle gouvernent à la liberté d'expression d'une part, et qu'elles peuvent contraindre à faire ce qui est bon pour elle.

- **LES FEMMES DANS LA FUITE**

- Birth plan rédigé en mode négatif
- Proposer de rédiger en mode affirmatif

Qui sont ces femmes qui expriment de telles demandes ?

- **LES FEMMES PERCLUES DE CERTITUDES BEATES**

- C'est comme ça depuis la nuit des temps
- Je ferais ce que vous me direz de faire
- J'ai lu sur les réseaux...
- C'est un heureux évènement d'un jour, qui sera par essence le plus beau de la vie
- Ça va me réparer : certaines vaginales, certaines phobiques...

Que faire quand une patiente ne consent pas à un soin ?

- Renoncer à prendre en charge la patiente = la liberté du praticien
- Insister pour obtenir le consentement = déformation professionnelle encore appelée paternalisme médical
- ✓ **chercher une voie commune ? Alliance thérapeutique**

Pourquoi se rencontrer dans une décision partagée

- **OBJECTIFS** : *construire une alliance thérapeutique*
 - ✓ Pour restaurer la capacité de confiance d' une future maman
 - Ça restaure la femme dans sa capacité d'être mère

- **A QUOI CA SERT ?** : *à pouvoir faire notre métier*
 - ✓ Sécurité des équipes médicales
 - ✓ Pour pouvoir prodiguer les soins
 - ✓ Pour pouvoir prendre soin
 - ✓ Partager l'éventuel échec thérapeutique

Comment se rencontrer dans une décision partagée

- La loi, la loi, et la loi
 - Nuls soins sans consentement du patient.
 - Le fœtus n'est pas une personne donc pas de possibilité d'argumenter quant au risque légal concernant le fœtus
- consentir à la demande de la femme = descendre de la position du détenteur du pouvoir ! N'est pas exactement donné à chacun d'entre nous.
 - Fait descendre la pression
 - Ça permet d'ouvrir un cadre de discussion puisque la femme a obtenu ce qu'elle veut / ce dont elle a besoin.

Comment se rencontrer dans une décision partagée

- Écoute active
- Grande robustesse professionnelle donc ***ne pas être isolé***
 - ✓ Équipe psy
 - ✓ Équipe somaticien multidisciplinaire
 - ✓ Équipe médicale hors hospitalisation, les relais de confiance de la femme.
- Entendre les revendications et les besoins de la femme
 - ✓ L'écouter sans la juger y compris langage non verbal
 - ✓ Questionner le sens
 - ✓ Questionner sur ce sur quoi on peut se mettre d'accord.
 - ✓ Questionner sur ce que l'on fera si ça coince

Comment se rencontrer dans une décision partagée

- **Ne pas négliger les possibles antécédents traumatiques**
 - ✓ Deuils
 - ✓ Grossesses perdues (infertilité , IVG, IMG, FC, GEU, MFIU)
 - ✓ Antécédents d'accouchements / consultations gynéco traumatiques
 - ✓ Antécédents de violences : éducatives physiques ou psychologiques, les violences sexuelles , mutilations sexuelles, violences conjugales
- **Ne pas négliger les vulnérabilités**
 - ✓ Âges extrêmes
 - ✓ Addictions (tabac, alcool, substances illicites, travail, sport)
 - ✓ Psychopathologie
 - ✓ Maladie chronique, la maladie génétique / transmissible
 - ✓ TCA

Comment se rencontrer dans une décision partagée

- **Systematiser ou pas cette anamnèse ?**
 - Oui, car poser la question au moment où ça coince peut être vécu comme traumatique, intrusif
 - Car ce peut être vécu comme de la psychologisation sauvage
 - Et donc en début de suivi de grossesse , pas quand les choses commencent à se concrétiser dans la difficulté

Comment se rencontrer dans une décision partagée

- Rédiger et partager du commun avec la femme / famille , avec les autres partenaires de soins intra et extra hospitaliers
- Courriers ouverts
 - Homéostasie du garde fou
 - Partage avec la patiente
 - La patiente peut corriger ou pas
 - Délimite un périmètre **extrêmement** sécurisant pour les 2 parties
- Liste des destinataires : à construire avec la femme

Quel processus peut mener à l'impasse

- L'attitude de sachant :
 - « c'est nous qui rédigeons les protocoles donc je sais que c'est bon pour VOUS »
 - Résistance de principe : « le protocole c'est le protocole »
 - Le défaut d'écoute : « on connaît les revendications des énergumènes de votre genre »
 - Je refuse de pratiquer une médecine dans laquelle ce serait la femme qui déciderait ou qui choisirait.
- La culpabilisation
 - « signez là une décharge » (qui ne décharge de rien d'ailleurs)
 - « allez vous faire accoucher ailleurs dans ces conditions »
 - « On a autre chose à faire que de voler à votre secours quand on aura tapé le carton »

- **L' American Hospital of Paris a une tradition très ancienne de réalisation de C/S sans indication médicale**
- Fin 2018 mise en place d'un parcours dont les objectifs étaient multiples
 1. S'assurer que la femme avait reçu une information éclairée sur la C/S pour elle
 1. Conséquences immédiates
 2. Conséquences différées
 2. S'assurer que la femme avait reçu une information éclairée sur la C/S pour son bébé
 1. Conséquences immédiates
 2. Conséquences différées
 3. S'assurer que la C/S soit programmée > 39 SA
 4. Sécuriser les GO pour cette pratique considérée comme une malpractice par le CNGOF

- **Période : 15/09/2018 au 28/02/2021**
- **49 patientes** dans le parcours césarienne sur demande mais sont exclues les utérus cicatriciels
- **Césarienne sur demande = 12 % de nos césariennes programmées et 7 % de toutes nos césariennes** (*C. Grouchka, HAS 2012 : 1%*)

Demande *par la patiente*

Césarienne de demande maternelle

- ✓ motiver la femme à changer surtout si primipare (HAS, 2012)
- ✓ chercher à connaître les causes (HAS, 2012)
- ✓ passer la main à un collègue, après avoir colligé toutes les informations dans le dossier si le GO n'est pas en accord avec cette demande (CNGOF, 2007)



Information éclairée



La **césarienne**

Ce que toute femme enceinte devrait savoir...



American Hospital of Paris

DOCUMENT DE DEMANDE DE CESARIENNE PROGRAMMEE
PAR LA PATIENTE
CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je soussignée Mme (nom marital, nom de jeune fille, prénom) _____ née le _____, formule la demande d'une césarienne programmée à partir de 39SA en l'absence d'indication médicale formelle à réaliser une césarienne plutôt qu'une tentative d'accouchement par les voies naturelles.

Je déclare être informée que l'accouchement par les voies naturelles est considéré dans la littérature scientifique médicale, dans des conditions normales de grossesse, comme le mode d'accouchement à privilégier.

Je déclare être informée que la date de la césarienne, définie par l'équipe médicale, est fixée à pleine maturité du fœtus en accord avec la littérature scientifique.

Je déclare avoir été informée par l'obstétricien, le Dr _____ que la césarienne présente, en conditions normales, des risques maternels plus élevés d'infections, d'hémorragie, d'atonie utérine (quand l'utérus ne se contracte pas après la naissance de l'enfant), d'hystérectomie (ablation chirurgicale de l'utérus), de transfusion sanguine et d'abcès de paroi. Ainsi qu'un risque de complications plus élevé en cas de nouvelle grossesse.

En ce qui concerne le nouveau-né, le risque de détresse respiratoire est plus élevé en cas de césarienne qu'en cas d'accouchement par les voies naturelles. Enfin, comme pour toute chirurgie nécessitant une anesthésie, il existe un risque exceptionnel de mortalité de la patiente.

Je déclare également avoir été informée de la persistance d'une cicatrice en lien avec la chirurgie. Cette cicatrice, indépendamment des compétences chirurgicales du médecin, pourra être chéloïde (en forme de cordon) ou hypertrophique, et ce en lien avec les caractéristiques de ma propre cicatrisation cutanée.

Enfin, je déclare avoir pu clarifier tous mes doutes.

Je certifie :
- avoir pu bénéficier par l'obstétricien d'une information claire sur les bénéfices et les risques obstétricaux à réaliser une césarienne sur demande maternelle



American Hospital of Paris

DOCUMENT DE CONSENTEMENT / REFUS
(rayer la mention inutile)
DE L'ÉQUIPE DE MATERNITE

Staff obstétrico-pédiatrique

Date :

Lieu :

L'ensemble de l'Equipe obstétrico-pédiatrique, anesthésique et pédopsychiatrique de la maternité de l'American Hospital of Paris, au terme du parcours « césarienne sur demande maternelle », après une information claire et suite à la demande libre et éclairée de la patiente,

- **consent** à la réalisation d'une césarienne programmée à partir de 39 SA en l'absence de contre-indication médicale formelle à une tentative d'accouchement par les voies naturelles chez Mme (nom marital, nom de jeune fille, prénom) _____ née le _____ à _____

La césarienne est donc programmée le _____ à _____ SA. Toutefois, en cas de mise en travail spontanée avant la date prévue de la césarienne, la voie d'accouchement sera à revoir avec l'équipe obstétrico-pédiatrique présente et en charge de la patiente.

- **refuse** la réalisation d'une césarienne programmée à partir de 39SA en l'absence de contre-indication médicale formelle à une tentative d'accouchement par les voies naturelles chez Mme (nom marital, nom de jeune fille, prénom) _____ née le _____ à _____ au(x) motif(s) de : _____

Le dossier de Mme _____ sera alors intégralement transmis au médecin de son choix.

Date et signature du médecin représentant l'Equipe du staff :

- Complications pédiatriques immédiates : en faveur de la VB
 - Détresse respiratoires transitoires (RRx2 de transfert en ICU)
 - séparation mère BB

- Complications pédiatriques tardives : en faveur de la VB
 - Allergie / immunité
 - Obésité pédiatrique

Obstet Gynecol. 2009 Jun; 113(6): 1231–1238., Beena D. Kamath, Neonatal Outcomes After Elective Cesarean Delivery

Planned cesarean versus planned vaginal delivery at term: Comparison of newborn infant outcomes, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 1538–43 Toril Kola°s and al

Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery, E J Geller, Journal of Perinatology volume 30, pages 258–264 (2010)

Balance of long-term benefits and risks of caesarean delivery explained, Published National Institute on Birth research, on 12 June 2018

- **Symétrie de l'information : balance bénéfique / risque ?**
- **Que compare-t-on ?**
 - ❑ Accouchement VB non planifié vs C/S programmée
 - ❑ Accouchement VB planifié vs C/S programmée
 - ❑ Conséquences immédiates
 - ❑ Conséquences tardives

Pas de preuves du bénéfice de l'accouchement non programmé sur la C/S programmée en terme de complications maternelles
Avantage à la C/S en terme de complications périnéales et incontinence urinaire
Avantage à la VB en terme de risque de placenta accreta ou percreta

Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies : Systematic review and meta-analysis, Plos Med 2018 Jan 23;15(1)O.E.Keag and al

Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol 2006 Dec;108(6):1517-29. A.G Visco and al

Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? Am J Perinatol, 2012 Jan;29(1):7-18 K.Dgregory and al.

- **Que tenir en compte ? Santé physique / santé mentale**

- La césarienne en urgence génère 30 % de SSPT
- Conséquence funestes sur les bébés et sur les accouchements ultérieurs
- Les principaux facteurs de risque sont obstétricaux, comme la césarienne en urgence et les douleurs perçues durant le travail, et le mécontentement des femmes à l'égard du soutien social.
Les principaux facteurs de protection sont : obstétricaux, incluant le sentiment de contrôle perçu pendant le travail ou la satisfaction concernant le soutien du partenaire.

Journal of Reproductive and Infant Psychology Volume 39, 2021 – Issue 1, Chabbert, M., Panagiotou, D., & Wendland, J.

Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review, N. Cook, Susan Ayers, Antje Horsch Journal of Affective disorders July 2017, 225

Expérience de l' American Hospital of Paris

- La césarienne sans indication médicale permet à **16 % des femmes de débiter une psychothérapie**
- Intérêt : prévention des troubles de l'attachement à l' enfant
- **87 % d'entre elles ont des antécédents traumatiques à type de violences sexuelles ou antécédents d'accouchement traumatique**
 1. Antécédents d'accouchement VB traumatique
 2. Antécédents de climat familial incestuel
 3. Antécédents de violences sexuelles dont la majorité est incestueuse
- la fréquence des TCA (avec ou sans retentissement sur le IMC) est très élevée dans ce groupe (25%)
- Le taux d' HDD chez les mères est de 8 %
- Le taux de DRT du NN est de 4 %
- Le taux de re-césarienne est de 100 %
- Le taux de DPP est de 28 % dans ce groupe à risque

Expérience de l' American Hospital of Paris : conclusions

- La césarienne de demande maternelle en dehors de toute indication médicale materno foetale est une pratique qui **peut être recommandée à la condition** de faire l'objet d'un cadre médical et légal strict : **faire les soins et prendre soin**
- **Ce cadre doit être partagé de façon loyale et symétrique** avec les futurs parents.
- Dans ces conditions, ce parcours de soin est une occasion pour les femmes d'être enfin **prise en charge au regard de leurs antécédents traumatiques : 16 %** et de bénéficier d'une **prise en charge maman / bébé de la DPP**

Information éclairée versant maternel

- complications maternelles immédiates :
 - Hémorragies
 - Complications « opératoires » plus fréquentes sur la VB avec dilacérations / EMLD
 - Durée de séjour 1 ou 2 jours si VB vs 2 à 4 jours si C/S

 - complications maternelles tardives :
 - Incontinence urinaire 10% si VB vs 5% si césarienne
 - placenta accreta / percreta
-

Symétrie de l'information : balance bénéfique / risque :

Que tenir en compte ? Santé physique / santé mentale

- La césarienne en urgence génère 30 % de SSPT

Conséquence funestes sur les bébés et sur les accouchements ultérieurs

- Les principaux facteurs de risque sont obstétricaux, comme la césarienne en urgence et les douleurs perçues durant le travail, et le mécontentement des femmes à l'égard du soutien social.

Les principaux facteurs de protection sont : obstétricaux, incluant le sentiment de contrôle perçu pendant le travail ou la satisfaction concernant le soutien du partenaire.

Journal of Reproductive and Infant Psychology Volume 39, 2021 – Issue 1, Chabbert, M., Panagiotou, D., & Wendland, J.

Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review, N. Cook, Susan Ayers, Antje Horsch Journal of Affective disorders July 2017, 225