



Journée d'étude **GiP**

Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité ULB/UCL

Bruxelles

Naviguer entre protocoles et respect des demandes des patients

Elie Azria

eazria@ghpsj.fr



Université de Paris

Institut **CONVERGENCES**
MIGRATIONS



GRUPE **HOSPITALIER**
PARIS
SAINT-JOSEPH

Eléments de contexte



Convention sur les Droits
de l'Homme et la biomédecine



Loi du 4 Mars 2002
Code de déontologie médicale



Emergence d'un droit de choisir



démédicalisation et/ou
surmédicalisation

Reprise du pouvoir sur leur
corps par les femmes



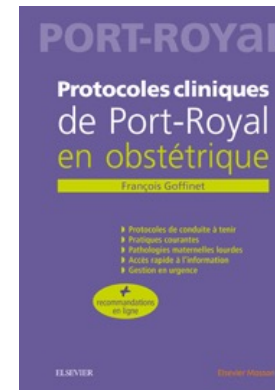
Formalisation
Années 90



Risk management
Modèle aviatoniste



Multiplication des
textes de recommandation



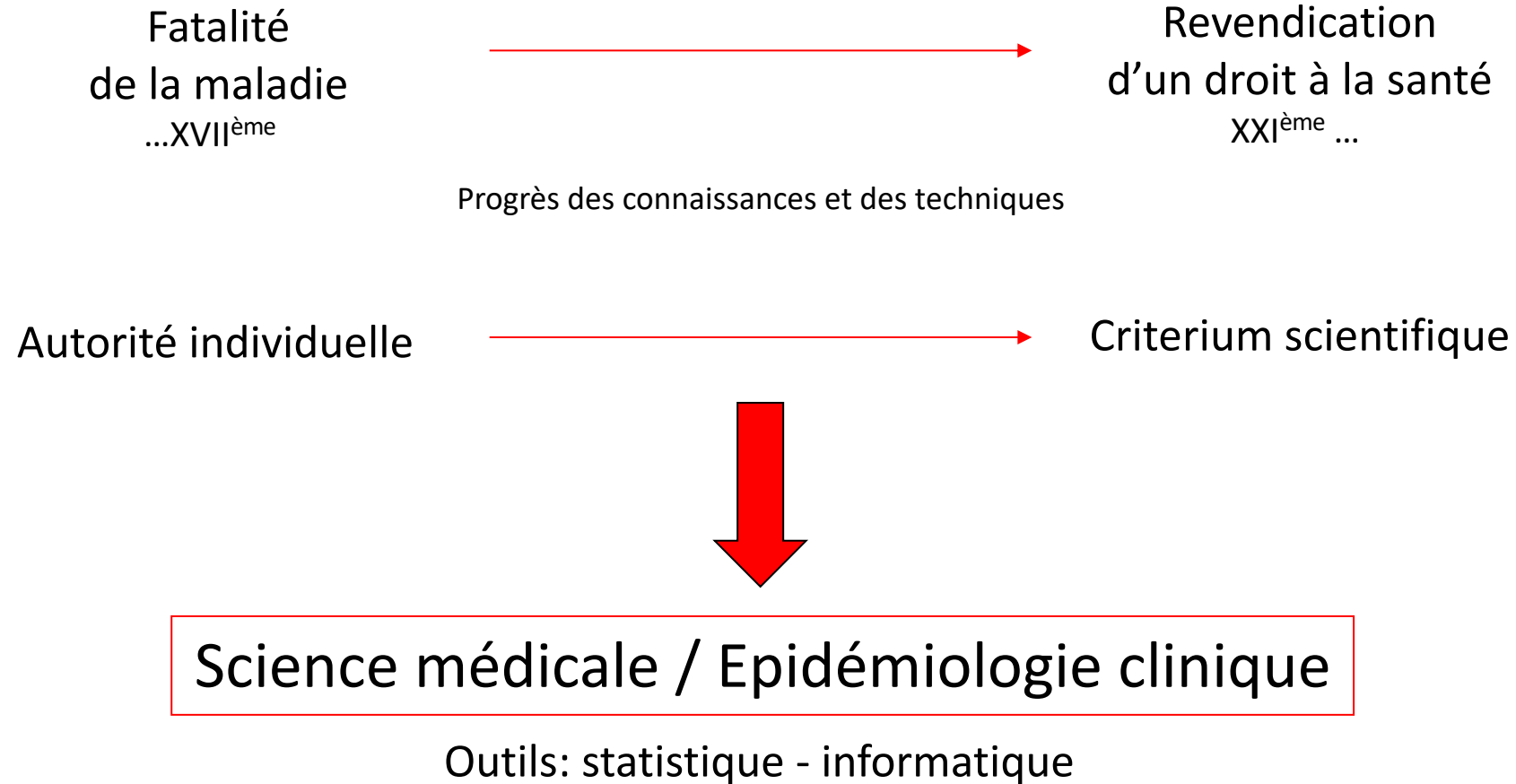
Inflation des
Protocoles

Erosion pouvoir
Professionnel

Judiciarisation

Rationalisation de la pratique du soin

Une conversion conceptuelle

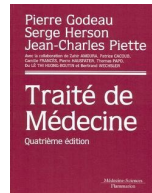


Contexte épistémologique

Un rapport à la connaissance qui change

Rythme soutenu de révision des connaissances

Savoir acquis



Savoir évolutif



Bases de données gigantesques

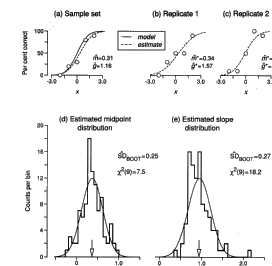


>30 millions de références

Qualité scientifique des Travaux hétérogène

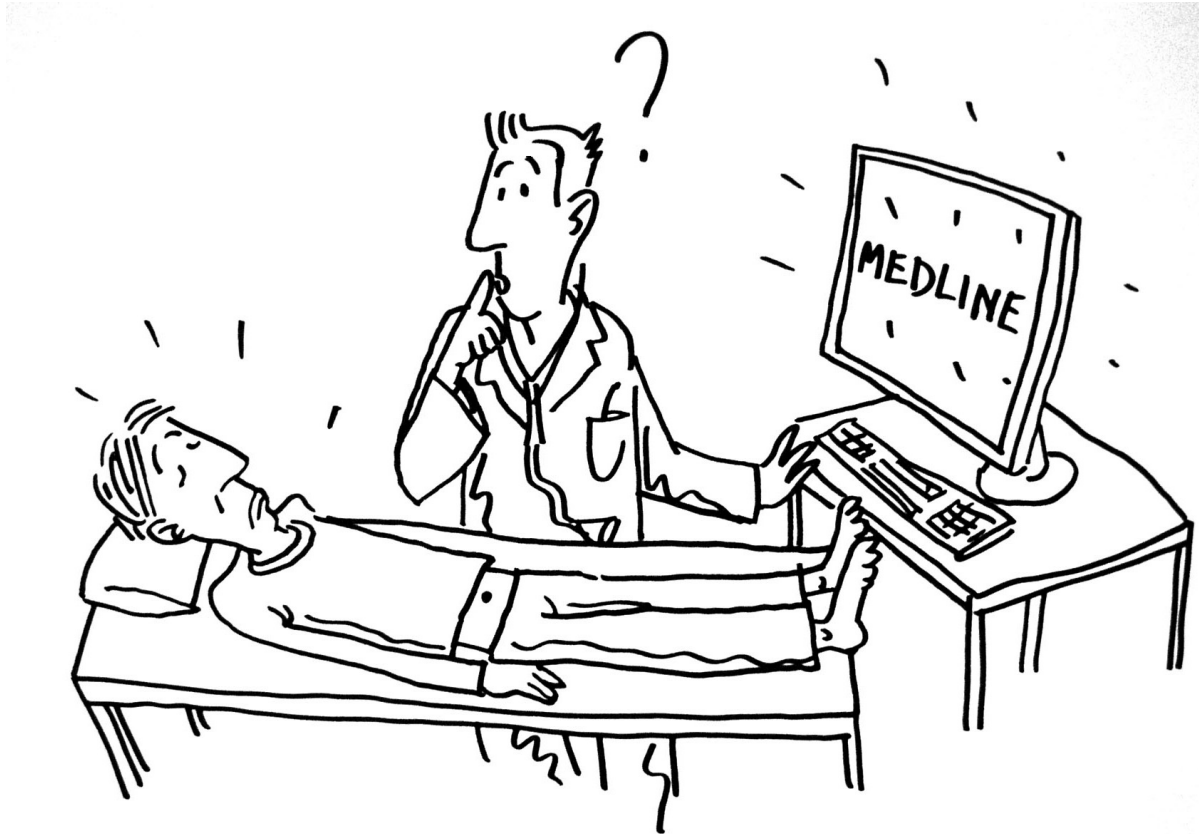


Méthodes complexes



Comment s'orienter dans cette connaissance pour adapter sa pratique ?

Comment s'orienter dans la connaissance ?



L'Evidence Based Medicine

EBM : « Une façon rigoureuse, consciencieuse et judicieuse d'utiliser les preuves les plus récentes et de plus haut niveau pour les décisions concernant le soin d'un individu ».

Approche éducative

Problématiser une situation
Clinique
Recherche bibliographique
Lecture critique



Autonomisation des soignants
Réactualisation permanente
du savoir



Rétrocontrôle +

Exigences éditoriales ↑
Qualité de la démarche ↑

Outils de recherche

Bases de données
Moteurs de recherche



Synthèses et
Revue systématique
(Cochrane DataBase)

Approche évaluative

Elaboration d'une
méta-méthodologie hiérarchisant
la connaissance

Echelle de Niveaux de preuve
Grade des recommandations



Références Médicales Opposables
Guides de bonnes pratiques
RPC - Conférences de consensus
Standards Options Recommandations

...

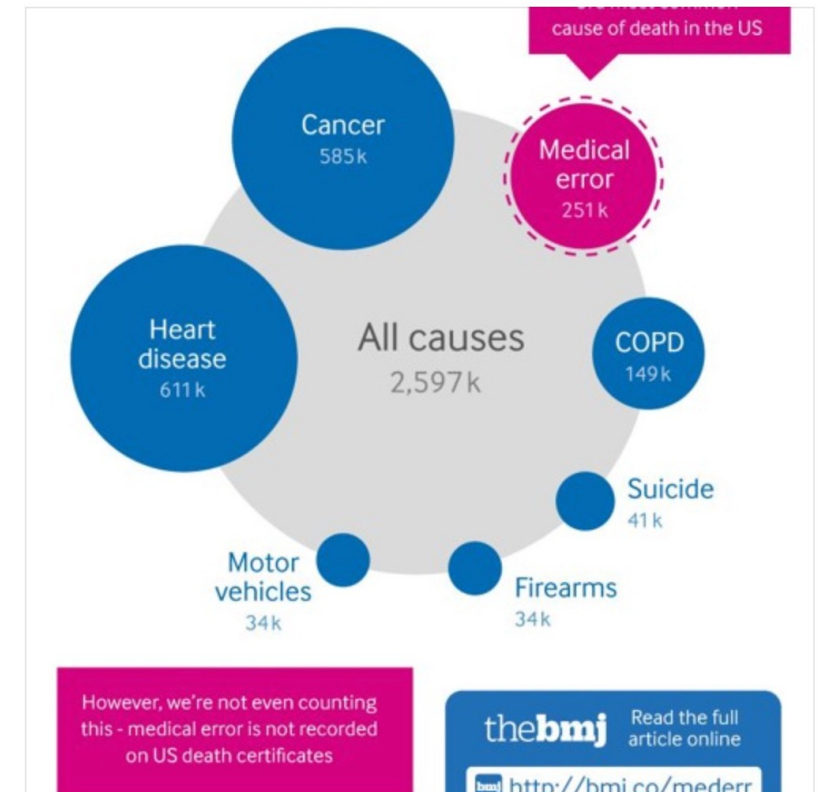
Volonté de standardisation

Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines.

Field MJ, Lohr KN, eds. Washington, DC: National Academy Press, 1990

Medical error—the third leading cause of death in the US

Makary, BMJ 2016



Moyens d'atteindre le niveau « hyper-sûr »

La standardisation des pratiques

PATIENT SAFETY AND THE RELIABILITY OF HEALTH CARE SYSTEMS
Series Editors: Paul Barach, MD, MPH, and
Donald M. Berwick, MD, MPP

IMPROVING PATIENT CARE

Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care

René Amalberti, MD, PhD; Yves Auroy, MD; Don Berwick, MD, MPP; and Paul Barach, MD, MPH

- Limiter la performance maximale
 - Abandon de l'autonomie
 - Abandon de l'artisanat – stratégie d'acteurs équivalents
-
- Retour sur protocole et assouplissement
 - Simplification des procédures

Objectifs des recommandations... et de la standardisation des pratiques

1. Améliorer la qualité des soins – sécurité des patients
2. Corriger l'hétérogénéité de certaines pratiques médicales
3. Maitrise médicalisée des dépenses de santé (MMDS)
Evidence Based Rationing

Décision dans le modèle EBM

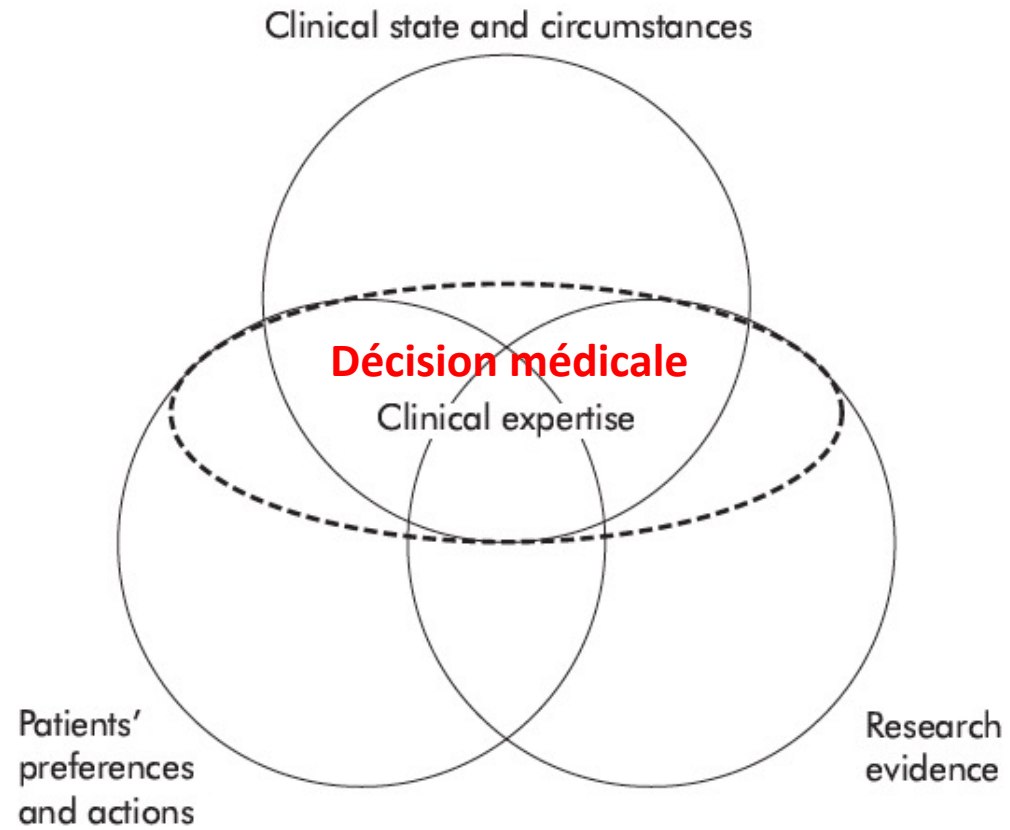
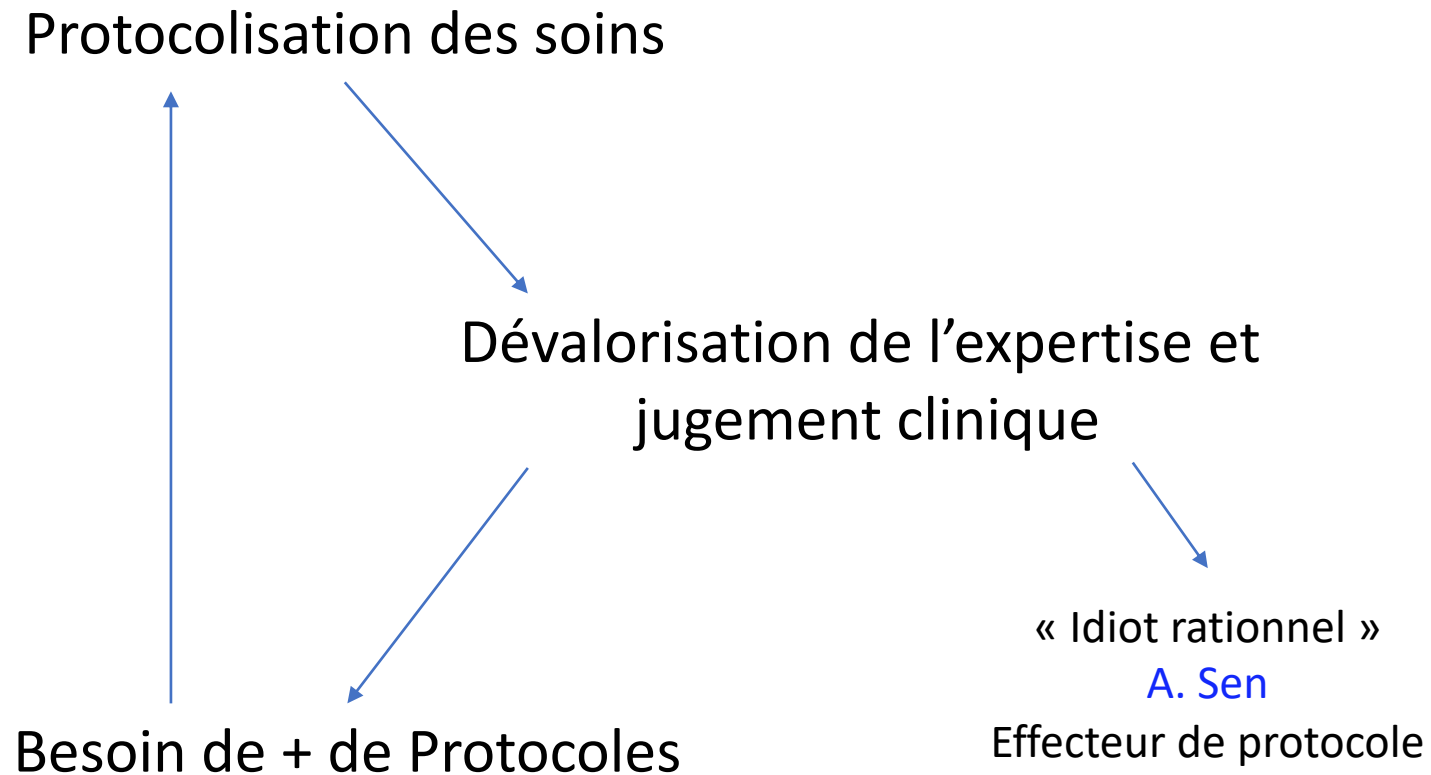


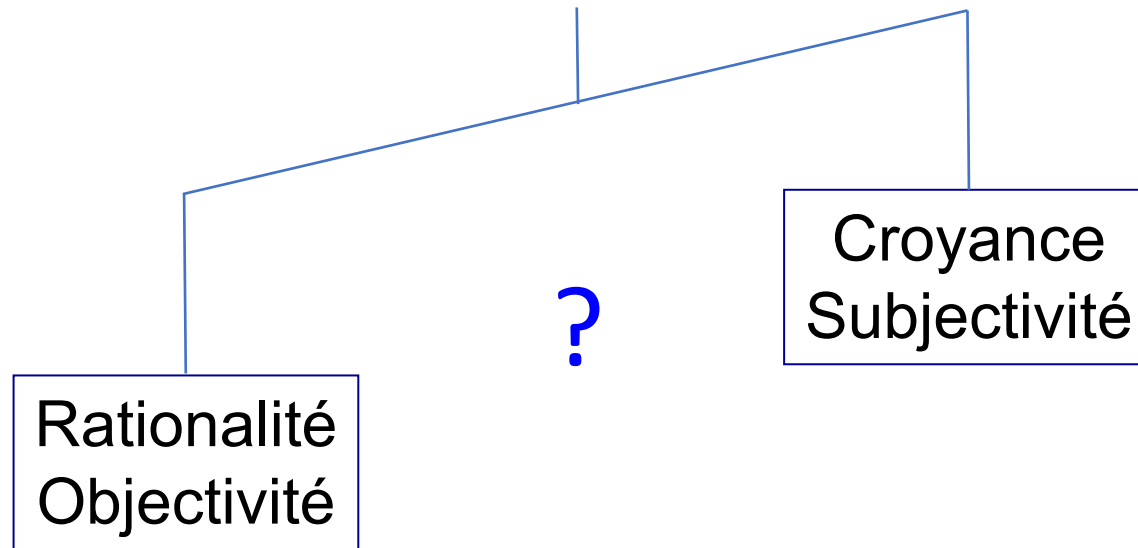
Figure 2 An updated model for evidence-based clinical decisions.

Fragilisation du jugement / expertise clinique



Perte progressive du jugement clinique – besoin d'objectivation - automatisation décision

- Protocole vs. Demande patient
- Expertise vs. Irrationalité profane ?



Ex. Césarienne sur demande maternelle (CDMR)

Grande variabilité entre pays de 0,2 à 42 % *Begum et al BJOG 2021*

- Canada ~ 2 %
 - Ontario : ~ 0,3 % *Guo et al CMAJ 2021*
- USA ~ 2,5 %
- Arabie Saoudite 13,7 % *Ahmed et al QMJ 2019*
- Chine > 10 % à 25 % *Liu et al AJOG 2015, Lumbiganon et al Lancet 2010, Zang Obstet Gynecol 2008*
- Brésil 27 % *Barros et al 2011, Reiter et al Int Jgynecol Obstet 2018*
- Italie ~ 20 % *Torloni et al BMC Preg Childbirth 2013*
- **France ?**

Problème de mesure (def, CDMR en cours de travail, low income) *Schantz et al PLoS ONE 2019*

Taux de CDMR influencé par le statut économique du pays *Begum et al BJOG 2021*

Facteurs associés à la demande maternelle

Table 2 (part 1 of 2): Factors associated with planned CDMR in Ontario, Canada, between 2012 and 2018*

Factor	No. of pregnancies* n = 422 210	No. (%) of planned CDMR n = 1827	Adjusted OR (95% CI)†
Maternal age, yr			
< 19	12 462	29 (0.23)	0.53 (0.37 to 0.77)
20–34	334 278	1140 (0.34)	Reference
35–39	63 896	459 (0.72)	2.11 (1.88 to 2.37)
≥ 40	11 393	195 (1.71)	4.33 (3.67 to 5.11)
Neighbourhood family income quintile			
Quintile 1 (lowest)	92 362	365 (0.40)	Reference
Quintile 2	76 406	288 (0.38)	0.94 (0.79 to 1.10)
Quintile 3	80 216	307 (0.38)	0.91 (0.78 to 1.06)
Quintile 4	91 771	414 (0.45)	0.96 (0.83 to 1.11)
Quintile 5 (highest)	57 372	332 (0.58)	0.93 (0.79 to 1.11)
Neighbourhood education level quintile‡			
Quintile 1 (lowest)	82 632	246 (0.30)	Reference
Quintile 2	88 891	306 (0.34)	1.06 (0.89 to 1.27)
Quintile 3	84 780	294 (0.35)	1.02 (0.85 to 1.22)
Quintile 4	86 618	423 (0.49)	1.30 (1.10 to 1.54)
Quintile 5 (highest)	58 489	449 (0.77)	1.78 (1.48 to 2.15)
Maternal race			
White	166 531	886 (0.53)	Reference
Non-White	99 121	383 (0.39)	0.60 (0.53 to 0.68)
Missing	156 558	558 (0.36)	0.87 (0.78 to 0.97)
Parity			
0	203 406	1140 (0.56)	2.25 (2.02 to 2.50)
≥ 1	218 804	687 (0.31)	Reference

Maternal anxiety¶**			
No	387 639	1570 (0.41)	Reference
Yes	34 571	257 (0.74)	2.07 (1.79 to 2.40)
Maternal depression¶**			
No	391 534	1676 (0.43)	Reference
Yes	30 676	151 (0.49)	0.97 (0.81 to 1.17)
Attended prenatal class			
No	288 368	1283 (0.44)	Reference
Yes	101 394	392 (0.39)	0.59 (0.52 to 0.67)
Antenatal health care provider††			
Family physician only	54 849	60 (0.11)	0.21 (0.16 to 0.27)
Obstetrician only	233 439	1445 (0.62)	Reference
Family physician and obstetrician	58 909	234 (0.40)	0.72 (0.63 to 0.83)
Midwife	64 429	61 (0.09)	0.16 (0.13 to 0.21)
None	S	S	S
Other	6694	19 (0.28)	0.48 (0.30 to 0.76)
Maternal hospital level of care‡‡			
Level I	56 385	134 (0.24)	Reference
Level IIa	47 765	134 (0.28)	0.86 (0.68 to 1.10)
Level IIb	133 875	431 (0.32)	0.91 (0.75 to 1.12)
Level IIc	108 030	629 (0.58)	1.57 (1.30 to 1.91)
Level III	76 099	499 (0.66)	1.51 (1.24 to 1.85)

Facteurs maternels

- Age maternel avancé
- Nulliparité
- FIV
- Situation sociale favorisée
- Blanc / Caucasien
- Anxiété

Facteurs liés au suivi

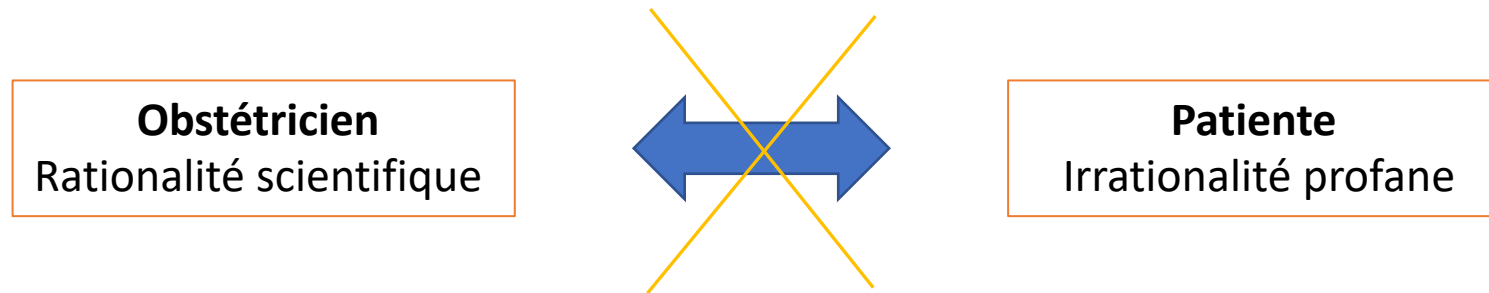
- Suivi par obstétricien
- Pas de cours prenatal
- Centre privé
- Centre type II ou III

Begum et al BJOG 2021

La CDMR est elle médicalement acceptable ?

- Pas d'essai - Arguments indirects
- Pas d'étude des risques associés au refus de CDMR
- Risques de natures différentes – quelle hiérarchie ?
 - Maternels / Néonataux
 - A court terme / A long terme
 - Vitaux / Fonctionnels

Au-delà de la seule rationalité scientifique



Nécessité d'intégrer d'autres éléments au débat

Niveau général

Droit
Ethique de la CDMR
Enjeux sociaux
Enjeux économiques

Niveau individuel

Origine de la demande maternelle
Bénéfice/risque

Droit

Article 16-1, code civil : « chacun a droit au respect de son corps. Le **corps humain est inviolable** ».

Article 16-3, code civil : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui »

Jurisprudence : Cour d'appel de Paris, le 6 décembre 1995 : « **la césarienne n'est jamais une opération de confort**, puisqu'elle suppose une chirurgie à ventre ouvert, mais une complication pathologique de la grossesse » (cf. 7ème chambre, aff. n° 94/22016).

Autonomie du patient

Valeur mise en avant dans les recommandations de sociétés savantes

ACOG committee opinion no. 559

- Bien comprendre la demande maternelle
- Bien informer des risques maternels / enfant
- S'assurer que l'information est comprise

-> si maintient de la demande : faire CDMR (ou orienter)

Une perspective féministe

Reprise du pouvoir sur leur corps par les femmes

Droit à la contraception

Droit à l'avortement

Droit de ne pas allaiter

Droit de choisir sa voie d'accouchement



Droit de choisir sa voie d'accouchement ?

Contre les inégalités physiologiques liées au sexe par des aménagements du processus de procréation

- Préservation ovocytaire
- AMP
- Déclenchement
- Césarienne



Autonomie dans le choix de sa voie d'accouchement ?

Une autre perspective féministe

Quelle autonomie dans le choix face aux pressions sociales ?

- Image du corps véhiculé par médias -> Image de la césarienne protectrice
- Emprise du système libéral -> Césarienne comme outil de programmation/bien de consommation

Bergeron et al Bioethics 2007

Quelle autonomie dans le choix face aux pressions médicales ?

- Césarienne outil de gestion de l'agenda médicale / protection médico-judiciaire / d'optimisation des recettes...
C-Section: *Doctor friendly procedure* *Wagner, Lancet 2000*

Pression sociale et médicale très variable suivant les pays

Autres enjeux sociétaux

Effraction dans un processus naturel ?

- Normalisation de l'accouchement chirurgical
- Acceptable si motif médical - serait non acceptable en dehors d'une indication médicale
- Référence au processus naturel dans le contexte de la naissance en milieu médical questionnable

Coût sociétal de la CDMR

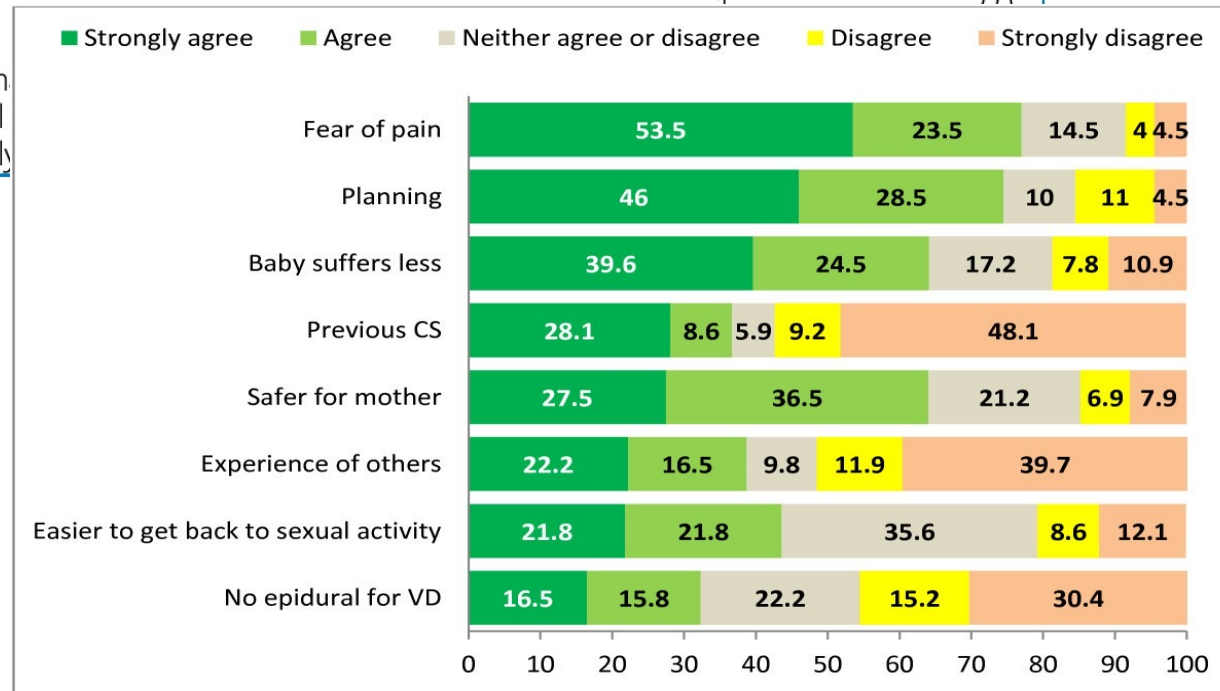
- Coût de la sur médicalisation – occupation bloc – DMS – complications court et long terme ...
- Coût en termes de pertes de compétences

Comprendre la demande maternelle

Motives	n	%
Fear of labor pain and childbirth	23	46.0
A previous traumatic delivery	13	26.0
Previous traumatic antenatal	1	2.0
To avoid labor or possible complications of vaginal birth	30	60.0
Older maternal age	6	12.0
Precious first baby	7	14.0
In vitro fertilization baby	1	2.0
Sexual dysfunction		
Concern on unsuccessful vaginal		
Concern on using instrumental		
The belief of CS can effectively		

- Peur de la douleur du W et de l'accouchement
- Peur des complications de l'AVB
- Peur des traumatismes néonataux
- Volonté de programmation

Ahmed et al QMJ 2019



Torloni et al BMC Preg Childbirth 2013

Distinguer les motivations maternelles

Les raisons qui sous tendent les CDMR sont complexes et multifactorielles

Intervention des

Normes sociales

Emotions

Expérience personnelle / entourage

CDMR associé à un sentiment de contrôle et une diminution de la peur

O'Donovan et al, Birth 2017

Motivations très différentes

Peur maternelle



Volonté de programmation

Ecouter et prendre en compte la peur maternelle

- Suivi prénatal - Préparation à la naissance – information / accompagnement
- Co construction d'un projet de naissance

Physiologie  Césarienne

- Capacité d'assurer un accompagnement et mise en œuvre du projet en salle de naissance

Prêt à porter vs. Haute couture

- Intérêt du protocole / recul par rapport au protocole
- Ecoute – Information – Maintien du contact
- Cadre à adapter à chaque situation
 - CDMR ou Refus de césarienne
 - Déclenchement ou refus de césarienne
 - Refus de naissance instrumentale
 - Refus de transfusion
 - ...