

# Informers la patiente : comment mieux faire ?

En pratique : que dire ?

Peut-on vraiment bien ~~Comment~~ informer ?

En cas d'**utérus cicatriciel** ou de suspicion de **macrosomie** ?

# Un contexte compliqué

- Nous sommes tous persuadés de bien informer les patientes
- Perte de confiance globale
- Poids médico-légal de l'information et du libre choix éclairé

# Les questions

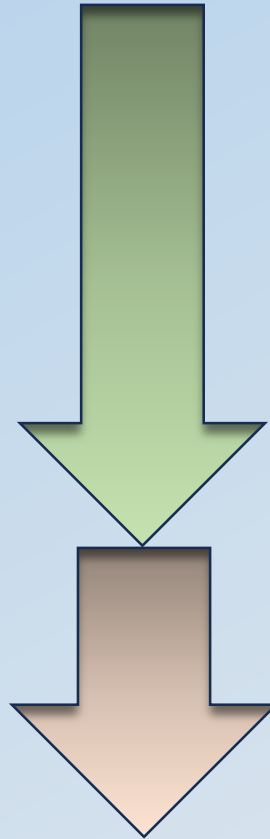
- Comment informer ?
- Quelles statistiques donner ? Quelles recommandations évoquer ?
- Comment adapter cette information à la situation particulière de la patiente ?
- Quel document remettre ?
- Comment tracer l'information ?
- Comment s'assurer que l'information a été comprise ?
- Comment tracer le choix et le consentement de la patiente ?

# Un exemple

- 3è pare, 2 antécédents de difficultés aux épaules avec réalisation de manœuvres obstétricales de Mac Roberts dans les deux cas
- **macrosomie** évoquée et déclenchement proposé
- Vous devez effectuer la consultation de fin de grossesse et informer la patiente sur l'accouchement par voie basse, instrumental et la césarienne, leurs risques de complications et le rapport bénéfices/risques pour la patiente

# La déperdition d'information

- Ce que le médecin pense
- Ce qu'il veut dire
- Ce qu'il dit
- Ce que la patiente entend
- Ce qu'elle écoute
- Ce qu'elle comprend
- Ce qu'elle accepte
- Ce qu'elle retient
- Ce qu'elle fait du message



Entretien prénatal  
Projet de naissance



# Macrosomie : que dire ?

- Risques de **morbidité** néonatale et maternelle augmentés au-delà de **4000 g** et surtout **4500 g**
- Fréquence PN > 4,000 g = 10%, > 4,500 g = 1.5%

# L'estimation du poids foetal

- Estimation du poids : HU, Léopold et échographie
- Echographie : entre 18% et 61% des macrosomes sont dépistés en anténatal
- Plus précise si proche du terme
- Plus imprécise si macrosomie, obésité
- Opérateur dépendant
- Est-ce vraiment le poids le problème ?

# Macrosomie

- Les problèmes : la **dystocie des épaules**, l'hémorragie et les lésions obstétricales
- Tenir compte des autres facteurs de risques : **l'obésité** maternelle ( $p < 0.001$ ), le **diabète** maternel (OR autour de 2), la **multiparité** (OR = 1.16), **l'antécédent de dystocie** des épaules (OR = 4.1), la petite **taille** maternelle (+/-), **l'âge gestationnel** à l'accouchement, un **allongement** des phases du travail (OR = 2.4) , les **extractions** instrumentales (OR = 2.9).



## RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

# Indications de la césarienne programmée à terme

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

## RECOMMANDATIONS

Janvier 2012

### Macrosomie hors diabète

En l'absence de diabète, la macrosomie n'est pas en elle même une indication systématique de césarienne programmée (grade C).

La césarienne programmée est recommandée en cas de poids fœtal estimé supérieur ou égal à 5 000 g (grade C).

En raison de l'incertitude de l'estimation du poids fœtal, pour une suspicion de macrosomie comprise entre 4 500 g et 5 000 g la césarienne programmée est à discuter au cas par cas (grade C).

### Macrosomie liée au diabète

En présence d'un diabète, la césarienne programmée est recommandée en cas d'estimation du poids fœtal supérieur ou égal à 4 500 g (grade C).

En raison de l'incertitude de l'estimation du poids fœtal, pour une suspicion de macrosomie comprise entre 4 250 g à 4 500 g la césarienne programmée est à discuter au cas par cas en tenant compte des autres critères liés à la pathologie et au contexte obstétrical (grade C).

### Antécédents de césarienne

La suspicion de macrosomie n'est pas en elle même une indication systématique de césarienne programmée en cas d'utérus cicatriciel (grade C).

### Antécédents de dystocie

Les antécédents de dystocie des épaules sont à rechercher et à renseigner en détail (grade C).

En cas de suspicion de macrosomie et d'antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial, la césarienne programmée est recommandée (grade C).

# Dystocie des épaules

## Les recommandations du CNGOF, 2015

- Les données publiées ne fournissent **pas d'arguments formels** pour recommander un **déclenchement** du travail systématique en cas de suspicion de macrosomie foétale.
- Néanmoins, un **déclenchement du travail** sera d'autant plus à **privilégier** que les conditions locales seront favorables et le terme proche de 39 SA.
- En cas de conditions locales favorables et à partir de 39 SA, un déclenchement du travail est **encouragé**. (Accord professionnel)

## Recommandations pour la pratique clinique

### Dystocie des épaules (texte court)

Élaborées par le Collège national des gynécologues  
et obstétriciens français

#### *Promoteur*

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens  
français)  
91 boulevard de Sébastopol - 75002 Paris

#### *Comité d'organisation*

V. LEJEUNE, présidente (gynécologue obstétricien, CHU  
Gynerisq), L. SENTILHES, coordonnateur (gynécologue obs.  
CHU, Angers, CNGOF), M.V. SENAT, coordonnateur (gynéc.  
obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre, CNGOF), A.I. BOU  
(sage-femme, CHU, Paris, CNSF, Collège national des sages-femmes)

#### *Experts du groupe de travail*

C. DENEUX-THARAUX (épidémiologiste, Inserm, Paris), F. L.  
(gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), G. LEG  
(gynécologue obstétricien, CHU, Angers), C. LE RAY (gynéco  
obstétricien, CHU, Paris), E. LOPEZ (pédiatre, CHU, Tours), T. SCH  
(gynécologue obstétricien, CHU, Paris)

## Césarienne recommandée

« Afin d'éviter les complications  
de la dystocie des épaules et en  
particulier les lésions  
irréversibles du plexus brachial,  
il est recommandé de pratiquer  
une **césarienne**

en cas d'estimation de poids  
foetal supérieure à **4 500 g** en  
cas de **diabète** associé (grade C)  
et supérieure à **5 000 g** en  
l'absence de diabète (grade C) »

# Macrosomie

Pr ROZENBERG, RSN, 2019, Déclencher ou Attendre en cas de Macrosomie

Proposer de **déclencher** l'accouchement car :

- **moindre risque de dystocie** des épaules et de morbidité associée, sans augmentation du risque de césarienne
- augmentation de la probabilité d'accouchement par **voie basse spontané**

Semaines	Clinique	HU	Echo
36	≥3350 g	≥34 cm	≥3500 g
37	≥3550 g	≥34 cm	≥3700 g
38	≥3750 g	≥35 cm	≥3900 g

# Utérus cicatriciel : que dire ?

- Fonction du **contexte** : nombre et indication de(s) césarienne(s), accouchement(s) voie basse, complication(s), pathologie(s) associée(s), nombre d'enfant(s) souhaité(s)
- Environ **70% de réussite** dans les tentatives d'accouchement par voie basse
- Avantages et inconvénients de la voie basse et de la césarienne programmée
- Risque de rupture utérine : 1/200 environ ; risque vital pour le nouveau-né : 1/1000
- Anticiper la situation du **travail spontané** si césarienne programmée



# Les recommandations 2012 CNGOF

Recommandations  
pour la pratique clinique

Accouchement en cas d'utérus  
cicatriciel  
*Delivery in women with previous  
cesarean section or other uterine  
surgery*

Élaborées par le Collège national des gynécologues  
et obstétriciens français

- La TVBAC et la CPAC présentent **toutes les deux des risques faibles** de complications sévères pour la mère et l'enfant. Le rapport bénéfices/risques pour la mère à court et à long terme est **favorable à la TVBAC** (accord professionnel). Mais le **rapport bénéfices/risques à court terme pour l'enfant est favorable à la CPAC** (accord professionnel).
- Pour le groupe d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, la **TVBAC est l'option à privilégier dans la grande majorité des cas** (accord professionnel). Peu de situations cliniques justifient en elles-mêmes une CPAC (accord professionnel). Le choix de la voie programmée d'accouchement doit être **partagé par la patiente**. et le médecin. Si la patiente souhaite une CPAC après information, discussion, et délai de réflexion, il est **légitime d'accéder à sa demande** (accord professionnel).

### **L'utérus cicatriciel n'est pas en lui même une indication de césarienne programmée (grade C).**

Les comptes rendus des interventions antérieures sur l'utérus et de l'éventuel travail (partogramme) ayant abouti à une césarienne sont utiles pour choisir le mode d'accouchement (accord d'experts). Cependant, l'absence de ces éléments n'est pas en elle même une indication à une césarienne programmée (accord d'experts).

L'utérus cicatriciel n'impose pas la réalisation d'une radiopelvimétrie (accord d'experts). Une échographie de la cicatrice utérine n'est pas nécessaire (accord d'experts).

**En cas d'antécédent d'une césarienne, au vu des risques maternels et périnataux, il est raisonnable de proposer une tentative de voie basse, sauf en cas de cicatrice corporeale (grade C).**

**En cas d'antécédent de 3 césariennes ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne programmée (grade C).**

**Dans les autres situations dont utérus bicicatriciel, le choix entre une tentative de voie basse ou une césarienne programmée se fait au cas par cas (grade C).**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **Indications de la césarienne programmée à terme**

Janvier 2012

### Quelles sont les indications de la césarienne programmée ?

Utérus cicatriciel

Transmissions mère-enfant d'infections maternelles

Grossesse gémellaire

Indications de fréquence plus rare

Présentation par le siège

Césarienne sur demande

Macrosomie

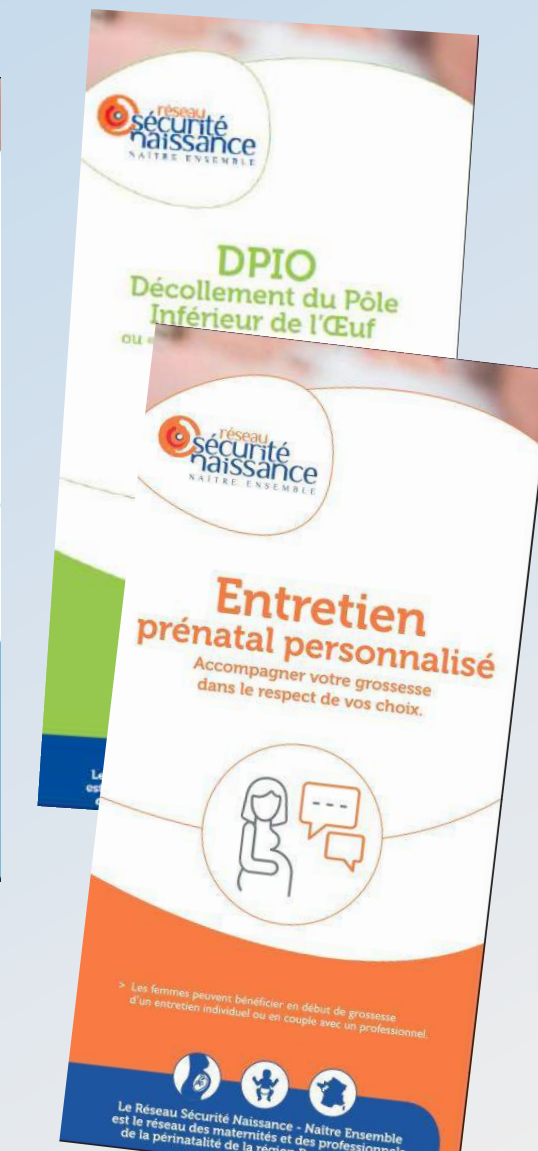
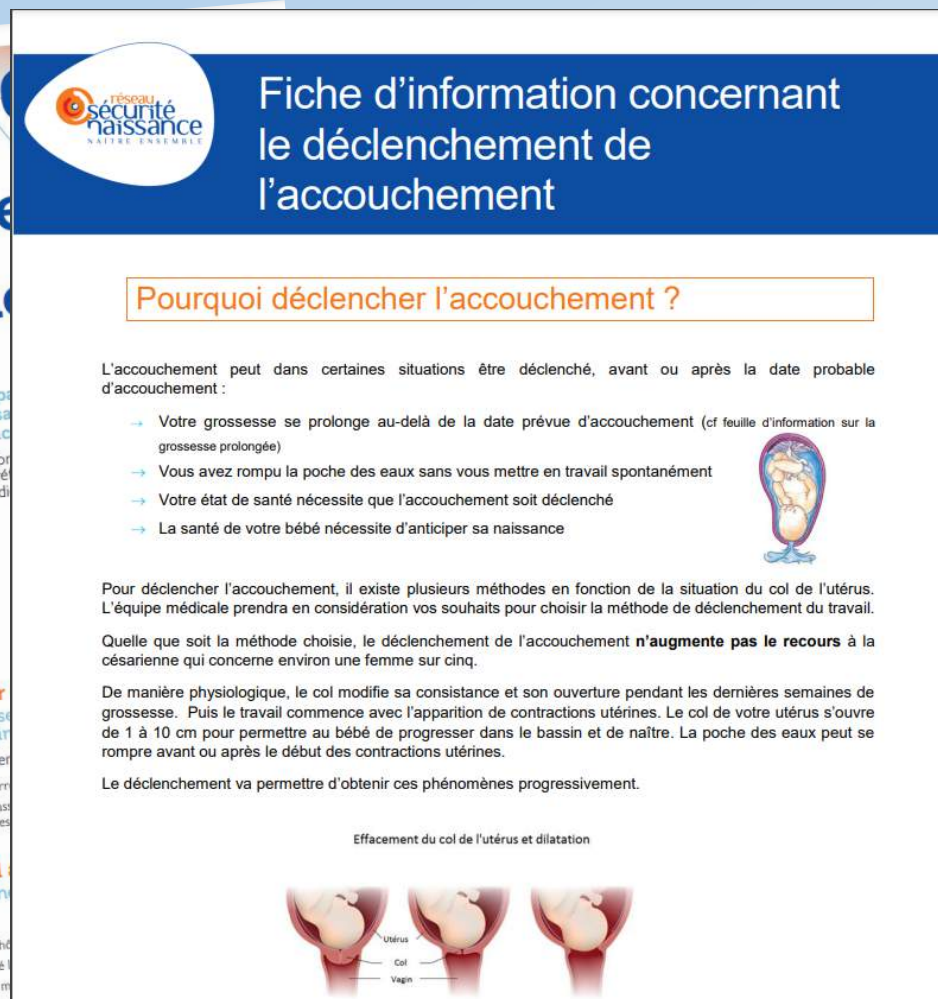
### Quelles sont les informations à transmettre à la femme enceinte lorsqu'une césarienne programmée est envisagée ?

Contexte de l'intervention

Recommandations concernant l'information de la patiente



# Le Réseau Sécurité Naissance





# Le CNGOF



FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

## UTÉRUS CICATRICIEL

Tampon du médecin

Madame .....

Date de remise de la fiche : .....

Vous avez eu précédemment une césarienne.

Ceci peut entraîner certaines conséquences pour les grossesses et accouchements à venir.

L'accouchement par les voies naturelles peut être raisonnablement envisagé pour vous et votre enfant, si un certain nombre de principes sont respectés. Un accouchement par césarienne programmée pourra aussi vous être proposé.

Ce choix vous sera proposé jusqu'au terme, date à laquelle la situation obstétricale sera de nouveau analysée (surtout si la grossesse a été émaillée de certaines particularités). De toute façon, le choix du mode d'accouchement est déterminé conjointement par vous, le médecin ou l'équipe qui vous prend en charge. C'est pourquoi nous vous conseillons de consulter le plus tôt possible le ou les gynécologues-obstétriciens qui vont être amenés à vous prendre en charge pour aborder cette discussion.

Avoir eu une césarienne n'est pas une indication en elle-même à avoir une nouvelle césarienne programmée. En cas d'antécédent d'une césarienne au vu des risques maternels et périnataux, il est le plus souvent raisonnable de proposer une tentative d'accouchement par les voies naturelles sauf en cas de cicatrice particulière sur l'utérus (cicatrice sur le corps de l'utérus ou cicatrice corporelle).

L'existence d'une cicatrice utérine peut entraîner une augmentation du risque d'insertion basse du placenta, près du col de l'utérus (placenta praevia) ou d'anomalies d'adhésion du placenta (placenta accreta). Ce risque est d'autant plus important que le nombre de cicatrices sur l'utérus est élevé.

### Avantages et inconvénients d'accoucher par les voies naturelles après une césarienne

#### • Avantages

La tentative d'accouchement par voie basse après césarienne est couronnée de succès plus de 3 fois sur 4. Cela évite la constitution d'une seconde cicatrice source de problèmes ultérieurs.

Les suites de l'accouchement sont plus simples. La durée du séjour en maternité est plus courte. Les nouveau-nés qui naissent par voie basse présentent moins de problèmes respiratoires et nécessitent moins d'hospitalisation en unité de soins intensifs.

#### • Inconvénients

Les risques principaux pour un futur accouchement par les voies naturelles après une césarienne sont l'échec d'un accouchement

par les voies naturelles et le risque de césarienne en cours de travail avec ses complications propres, la rupture utérine (déchirure de la cicatrice sur l'utérus de 2 à 8 pour 1 000) qui peut entraîner une hémorragie maternelle, fait courir le risque d'une hystérectomie et beaucoup plus rarement un risque vital pour le bébé (1 accident pour 1 000 tentatives d'accouchement par les voies naturelles).

### Avantages et inconvénients d'une césarienne programmée après une première césarienne

La réalisation d'une césarienne programmée diminue le risque d'une césarienne en urgence et de rupture utérine.

En revanche, elle provoque une seconde cicatrice utérine et entraîne, de ce fait, une augmentation du risque d'anomalies placentaires et de difficultés opératoires pour une grossesse ultérieure.

Les taux d'infection, de transfusion sanguine, de phlébite, d'hystérectomie (ablation de l'utérus) sont plus élevés lors d'un accouchement par césarienne que par les voies naturelles. Ces complications peu fréquentes se retrouvent pour toutes les césariennes, mais sont plus fréquentes si la césarienne est réalisée en cours de travail. Pour l'enfant, il existe un risque modéré de retard de résorption du liquide pulmonaire pouvant être à l'origine d'une détresse respiratoire.

### Comment va se dérouler l'accouchement si je privilégie l'accouchement par les voies naturelles ?

Le travail sera surveillé attentivement comme pour toute autre patiente.

Une analgésie péridurale est tout à fait possible. En cas d'anomalie survenant pendant le travail, une césarienne pourra être discutée.

### Si vous avez déjà eu plusieurs césariennes ?

Une césarienne programmée est souvent proposée du fait de la majorité de tous les risques déjà cités.

### Où puis-je obtenir plus de renseignements ?

Votre gynécologue-obstétricien représente le meilleur interlocuteur et la meilleure source d'information par rapport à votre cas particulier.



FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

## CÉSARIENNE PROGRAMMÉE

Tampon du médecin

Madame .....

Date de remise de la fiche : .....

Votre médecin vous a proposé une césarienne. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de l'opération qu'il vous a conseillée.

### Qu'est-ce qu'une césarienne ?

La césarienne permet l'accouchement par une incision de l'abdomen et de l'utérus, lorsque les conditions, chez la mère ou chez l'enfant, ne sont pas favorables à un accouchement par les voies naturelles.

### Comment se passe l'opération ?

L'intervention est réalisée le plus souvent sous anesthésie loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie). Cependant une anesthésie générale est parfois nécessaire, selon votre cas et les décisions du chirurgien et de l'anesthésiste.

L'ouverture de l'abdomen se fait par une incision horizontale le plus souvent. Parfois, une incision verticale est préférable du fait des antécédents ou de circonstances particulières. L'ouverture de l'utérus permet d'extraire l'enfant qui est confié à la sage-femme ou au pédiatre. Les parois de l'utérus et de l'abdomen sont ensuite suturées.

### Que se passe-t-il après une césarienne ?

Les suites d'une césarienne et la durée d'hospitalisation sont un peu plus longues que celles d'un accouchement par les voies naturelles. Par contre, vous pourrez allaiter et vous occuper de votre enfant comme après un accouchement normal.

La césarienne n'empêche pas d'avoir d'autres grossesses ultérieurement. Il est cependant prudent d'attendre un an avant de débuter une nouvelle grossesse. En dehors de certains cas, un accouchement par les voies naturelles peut le plus souvent être envisagé pour les grossesses suivantes.

### Y a-t-il des risques ou inconvénients ?

La césarienne est une intervention courante dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

En cours d'opération, des lésions d'organes de voisinage de l'utérus peuvent se produire de manière exceptionnelle : blessure

de la vessie, des voies urinaires, de l'intestin ou des vaisseaux sanguins, nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique. Dans le cas exceptionnel d'hémorragie provenant de l'utérus pouvant menacer la vie de la patiente, une transfusion sanguine ou de produits dérivés du sang peut être rendue nécessaire. Dans cette situation, si les traitements médicaux et chirurgicaux spécifiques mis en œuvre pour traiter l'hémorragie sont inefficaces, il peut s'avérer nécessaire très exceptionnellement de réaliser une hystérectomie (ablation de l'utérus pour arrêter le saignement).

Dans les suites de l'intervention, les premières 24 heures sont souvent douloureuses et nécessitent des traitements antalgiques. Parfois, un hématome ou une infection (abcès) de la cicatrice peuvent survenir, nécessitant le plus souvent de simples soins locaux. Il n'est pas rare qu'une infection urinaire survienne, généralement sans gravité, après une césarienne. Sauf cas particulier, un traitement anticoagulant est prescrit pendant la période de l'hospitalisation afin de réduire le risque de phlébite (formation d'un caillot dans une veine des jambes) ou d'une embolie pulmonaire. Il sera éventuellement poursuivi pendant un certain temps.

Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère peuvent survenir dans les jours suivant l'opération et nécessiter des traitements spécifiques, voire une réintervention. Comme toute chirurgie, la césarienne peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez ainsi que de vos allergies éventuelles.

### En pratique

#### • Avant l'opération :

- une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention ;
- le plus souvent, vous serez hospitalisée la veille de la césarienne ;
- après une prémédication éventuelle, vous serez conduite au bloc opératoire ;

\*\*\*

# Retour de la patiente

- Projet de naissance
- Courrier, courriel
- Nouvelle consultation
- Autre interlocuteur



# Tracer l'information

- Les informations cruciales du point de vue médico-légal :
  - Discussion voie basse VS césarienne
  - Discussion expectative VS déclenchement
- Est-ce l'expert et/ou le juge qui décide(nt) **quelle est la bonne information** ?
- Pour l'avocat de la patiente, l'information sera toujours facile à nier !

# La Loi

- article L. 1111-2 du code de la santé publique :
- " Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette **information** porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus (...) / Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules **l'urgence** ou **l'impossibilité** d'informer peuvent l'en dispenser. / Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. (...) / **En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen** «
- Le patient a aussi le droit de **refuser** d'être informé...

# Les preuves de l'information

- arrêt Hédreul (Cass, civ. 1ère du 25 février 1997 n°94-19. 685)
- « Tous moyens » : Présomptions, témoignages, écrits
- **Nombre** de consultations, **délai** de réflexion, **avis** extérieurs, **examens** complémentaires, **annotations** claires dans le dossier
- Les **longs entretiens** avec la patiente qui avait manifesté des hésitations et des angoisses avant de décider de se faire opérer.
- Une **correspondance** entre confrères prévoyant des analyses complémentaires qui figuraient dans le dossier médical.
- Des **courriers envoyés** par le chirurgien au médecin traitant précisant qu'il avait informé le patient des troubles potentiels consécutifs au traitement.
- Exemples : « anxieux, veut réfléchir,... »
- Les fiches explicatives ne sont pas une preuve à elles seules



# Cas 1, CAA de NANTES, 3ème chambre, 4 février 2022, 21NT00243

- **Utérus cicatriciel.** Rupture utérine lors d'une TVBAC. Séquelles néonatales
- « En particulier, lors de la consultation du 9 mai 2014, elle a fait part de son **anxiété** et de son **stress** en cas d'une nouvelle **césarienne** et de ses suites, précisant qu'elle aimerait un accouchement par voie basse. Il lui avait alors été conseillé de consulter une **psychologue** dont les coordonnées lui avaient été données. Lors de la consultation du 7 juillet 2014, elle a de nouveau réitéré son souhait de ne pas avoir de césarienne et a donné son accord pour un accouchement par voie basse.
- « Si l'un des obstétriciens a précisé au cours des opérations d'expertise, **ne pas être entré dans le détail** s'agissant des risques présentés par un accouchement par voie basse, les craintes ainsi exprimées par l'intéressée sur les modalités de l'accouchement ont **nécessairement conduit l'équipe médicale qui a suivi Mme F... au cours de sa grossesse à lui exposer les avantages et les risques de chacune de ces modalités.** »

## Cas 2, Conseil d'État, 5ème - 4ème chambres réunies, 27/06/2016, 386165

- Rupture utérine sur **utérus cicatriciel**. encéphalopathie anoxo-ischémique.
- Grief : pas sur la conduite tenue mais absence d'information sur les risques et bénéfices d'une éventuelle tentative d'accouchement par voie basse ou d'une césarienne
- « que la cour a constaté que le CHU de XXX **n'établissait pas** avoir dispensé à Mme D...une information sur ce risque en cas d'accouchement par voie basse et de césarienne ; qu'en retenant que s'il était probable que l'intéressée, informée des risques inhérents à chacune des voies, aurait opté pour un accouchement par voie basse, le **défaut d'information avait néanmoins été à l'origine d'une perte de chance d'éviter le dommage** »

# Cas 3 : Cour de cassation, Chambre civile 1, 23 janvier 2019, 18-10.706

- **Macrosomie** et plexus brachial
- la Cour de cassation relève que **même si l'accouchement par voie basse est un événement naturel** et non un acte médical, il ne constitue pas une limite à l'obligation d'information du professionnel de santé.
- Notion de **préjudice moral distinct des atteintes corporelles** subies. Ce préjudice moral s'analyse en un **défauc de préparation** à l'éventualité que ce risque survienne, quand il survient



# Cas 4 : CAA Versailles, 6e ch., 11 mars 2021, n° 18VE00440

- **Utérus cicatriciel**, rupture utérine, encéphalopathie ischémique
- « **expertise** du professeur Sagot, qui affirme que **l'information** relative aux deux modalités de naissance possibles, la césarienne programmée ou l'épreuve dynamique en vue d'une tentative d'accouchement par voie basse et aux risques que chacune comporte, **a bien été délivrée** à M<sup>me</sup> A... D..., au regard **d'un faisceau d'éléments** permettant d'y conclure. Toutefois, les circonstances que les **mentions « utérus cicatriciel » et « épreuve utérine acceptée »** figurent au dossier et que le **protocole** du centre hospitalier prévoit une telle information, de même que le professionnalisme de la gynécologue [...] **ne suffisent pas à établir de façon probante la réalité de la délivrance de ces informations** sur les risques, formellement **contestée** par M<sup>me</sup> A... D... qui ajoute que s'agissant de la consultation du 2 juillet 2012, elle était seulement accompagnée de **Mme H... A... D..., qui atteste** qu'il n'a pas été question lors de l'entretien de risques liés à l'accouchement, alors que la gynécologue affirmait a posteriori, au sujet de la même consultation, avoir vu « la patiente avec son mari ». D'autre part, s'il est constant que M<sup>me</sup> A... D... **a été négligente dans le suivi de sa grossesse**, il ne résulte pas plus de l'instruction, compte tenu du fait qu'une deuxième césarienne, acte courant, ne l'empêchait pas d'avoir d'autres enfants, des risques majeurs pour l'enfant en cas de rupture utérine, et du fait que l'intéressée, qui au demeurant a accouché de son troisième enfant par césarienne, **allègue que si elle avait été informée desdits risques elle aurait demandé à faire pratiquer une césarienne programmée, [...]**.
- Par suite, le **CHSF n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que le tribunal a retenu qu'il avait manqué à son obligation d'information** et que ce manquement engageait sa responsabilité pour une perte de chance.»

# Cas 5 : Cour administrative d'appel, Paris, 3<sup>e</sup> chambre, 6 Février 2020

- 3<sup>e</sup>è pare, 2 antécédents de difficultés aux épaules, **macrosomie**, déclenchement proposé
- Manœuvre de **Jacquemier**, complications par hématome
- **Neuropathie pudendale** d'étirement par compression, avec des séquelles qui ont persisté durant plusieurs années, avant de commencer à régresser
- « La circonstance que l'**accouchement par voie basse** constitue un événement naturel et non un acte médical **ne dispense pas** les médecins de l'obligation de porter, le cas échéant, à la connaissance de la femme enceinte **les risques qu'il est susceptible de présenter** eu égard notamment à son état de santé, à celui du fœtus ou à ses antécédents médicaux, et les moyens de les prévenir. »
- « il est constant que l'alternative que représentait **la césarienne n'a pas été exposée** à la patiente préalablement à son accouchement. Ce défaut d'information constitue ainsi, dans les circonstances particulières de l'espèce, une faute de nature à engager la responsabilité de l'AP-HP.»
- les juges ont fixé la part de responsabilité de l'AP-HP du fait du **défaut d'information à 30 %**.

# Des pistes pour améliorer la traçabilité de l'information

- Traçabilité du temps de consultation
- Délivrance de documents
- Courriers au médecin traitant, double à la patiente
- Schémas annotés
- Présence d'un tiers (coparent, proche, tiers de confiance, soignant,...)
- Démarche Maternys (CNGOF)

# Des obstacles majeurs à la qualité de l'information

- La langue
- Le manque de temps
- La preuve de la compréhension

# La réponse du CNGOF : Maternys



**Le Label du CNGOF** **maternys** **Bientraitance & Transparence** **C N G O F**

**ATTESTATION D'INFORMATION**

Concerne : Madame Jeanne Multest

Inscription à l'espace d'information le : 2023-11-18 17:49:39

Invitation envoyée le : par

Exploitation des données : 2023-11-18 17:49:39

## 15 - L'accouchement instrumental

### Consultation du sujet : 50%

15-1 - Pourquoi faut-il intervenir ? : 100% 00:00:16

15-2 - L'intervention qui est proposée : 100% 00:00:16

Les risques de l'intervention : Non consulté

15-4 - Après une extraction instrumentale : Non consulté

Quels sont les risques après l'intervention ?

Déchirures périnéales

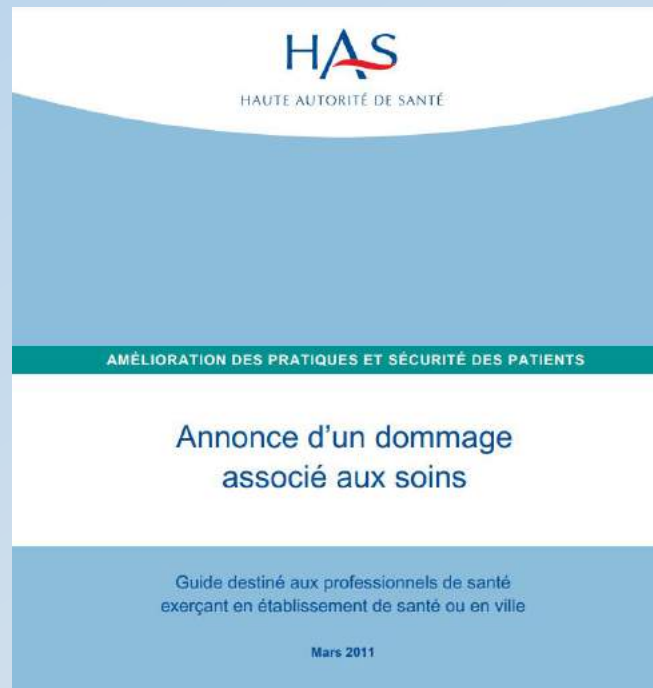
En cas de déchirure périnéale importante, une césarienne peut être proposée aux risques des celles-ci peuvent entraîner :

Si l'extraction instrumentale ne suffit pas, une césarienne peut être proposée.

☒ Vrai

☐ Faux

# Comment informer après l'accident ?



# CONCLUSION

- Accompagner le couple vers le « meilleur » choix
- Suffit-il que la patiente dise qu'elle n'a pas compris ou qu'on ne lui a pas expliqué ? Que sinon elle aurait demandé une césarienne...
- C'est perdu d'avance ??

MERCI