

Le consentement éclairé en salle de naissance dans le cadre de la direction du travail

Alice Lesieur

► **To cite this version:**

| Alice Lesieur. Le consentement éclairé en salle de naissance dans le cadre de la direction du travail. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01440868

HAL Id: dumas-01440868

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01440868>

Submitted on 19 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAÏEUTIQUE
FILIERE MAÏEUTIQUE

Le consentement éclairé en salle de naissance dans le cadre de la direction du travail

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Alice LESIEUR

Sous la direction de M. Jean-Philippe COBBAUT - Directeur du Centre d'Ethique Médicale de
l'Université Catholique de Lille

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la bonne réalisation de ce mémoire.

Monsieur Jean-Philippe COBBAUT, directeur du centre d'éthique médicale de l'université catholique de Lille pour avoir accepté de reprendre la direction de ce mémoire, pour ses conseils, sa disponibilité et son enthousiasme.

Le Professeur Pierre BOITTE, Professeur en éthique médicale à l'université catholique de Lille pour avoir commencé la direction de ce mémoire, pour son soutien et son intérêt envers mon mémoire.

Madame Brigitte EMMERY, sage-femme enseignante référente de ce mémoire pour ses conseils, sa disponibilité, sa confiance et son aide. Merci de m'avoir boosté quand j'en avais besoin et merci pour les conseils toujours utiles et avisés.

Madame Christiane ROUX, assesseur Maïeutique à la Faculté de Médecine et Maïeutique pour ses encouragements vifs, son soutien et son aide.

Madame Caroline TITRE, cadre sage-femme à la maternité saint Vincent de Paul pour son aide dans l'élaboration de mon questionnaire ainsi que Monsieur Romain DEMAILLY pour son aide dans la vérification de mes données statistiques.

Les cadres sages-femmes des différentes maternités du réseau OMBREL ayant accepté la diffusion de mon questionnaire ainsi que les sages-femmes y ayant répondu.

Mesdames HUBERT, PIHEN, VAAST, HENRARD, et EMMERY sages-femmes enseignantes de la section Maïeutique de la faculté de Médecine et Maïeutique pour leur soutien et leur patience tout au long de mes études. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir aidée à devenir la sage-femme que je serai.

Merci aussi à mes amies de promotion et mes futures collègues et plus particulièrement Maryne, Gallienne, Alix, merci pour votre soutien.

Merci à Aurélie qui depuis mon premier jour de fac a su être là pour moi quand j'en avais besoin, que je le sache ou non et qui, je sais, sera toujours là pour moi.

Merci à mes parents pour leur soutien, leurs conseils, leur grande patience tout au long de mes études et leurs relectures. Merci à ma famille et plus particulièrement César qui a réussi à me supporter au quotidien pendant six longues années.

Table des matières

1	Introduction	2
1.1	La direction du travail.....	2
1.2	Un consentement libre et éclairé.....	3
2	Matériel et Méthode	6
3	Résultats	9
3.1	Population étudiée.....	9
3.1.1	Caractéristiques de l'échantillon.....	9
3.2	Information.....	10
3.2.1	Fréquence de l'information.....	10
3.2.2	Contenu de l'information.....	11
3.2.3	Raisons invoquées en cas de non information de la patiente.....	15
3.3	Recueil du consentement.....	16
3.3.1	Fréquence de recueil du consentement.....	16
3.3.2	Mode de demande du consentement.....	18
3.3.3	Raisons invoquées en cas de non demande de consentement.....	20
3.4	Traçabilité.....	22
3.4.1	Notification dans le partogramme.....	22
3.4.2	Raisons invoquées en cas de non notification.....	25
4	Discussion	28
4.1	Choix de la méthodologie.....	28
4.2	Validité de l'étude.....	28
4.2.1	Relances.....	29
4.2.2	Echantillon.....	29
4.3	Analyse.....	30
4.3.1	Information.....	30
4.3.2	Consentement.....	31
4.3.3	Rappel de la loi.....	32
4.3.4	Mise en perspective des résultats.....	33
4.3.5	Traçabilité des soins.....	33
4.3.6	Paternalisme du soin : la prédominance du sachant face au profane.....	34
5	Conclusion	35
6	Bibliographie	37
	ANNEXES	I
	Annexe I : Questionnaire	II
	Annexe II : Autorisation d'enquête :.....	VIII

1 Introduction

1.1 La direction du travail

On définit le travail par l'ensemble des phénomènes physiologiques qui mènent à l'expulsion du fœtus en dehors des voies génitales. Il correspond aux périodes d'effacement, de dilatation du col ainsi qu'à l'expulsion fœtale et placentaire. Ce travail résulte de contractions myométriales, elles-mêmes permises par la sécrétion d'ocytocine maternelle [1–3].

La direction du travail est définie par l'ensemble des moyens mis en œuvre pour modifier le déroulement de l'accouchement, permettant soit la normalisation d'un accouchement dystocique, soit l'amélioration du confort maternel. Ces moyens sont principalement la rupture artificielle des membranes et l'utilisation d'ocytocine synthétique [4]. Elle est mise en place lors d'un travail dystocique. Le travail est considéré dystocique chez Friedman lorsqu'il progresse à une vitesse inférieure à 0,5 cm/h sur une période d'observation de 4 heures chez la nullipare et la multipare (*travail dysfonctionnel primaire*) ou lorsque la dilatation s'est totalement interrompue pendant 2 heures (*arrêt secondaire de la dilatation*) [5,6].

Ces actions ont pour conséquence une avancée plus rapide du travail [4], mais elles ne sont pas dénuées de risque. En effet l'ocytocine est un facteur de risque pour l'hémorragie de la délivrance (HDD) et la rupture artificielle des membranes (RAM), de procidence du cordon [4,7,8]. L'association RAM/ocytocine a pour conséquence possible une augmentation des anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF). La RAM en début de travail, associée à une perfusion d'ocytocine, ne diminue pas le nombre d'extractions instrumentales. La correction précoce d'une stagnation de la dilatation par l'utilisation de l'ocytocine peut réduire le nombre d'extractions instrumentales [9,10]. Si les risques sont rares, il est néanmoins nécessaire et obligatoire d'en informer les patientes et ainsi recueillir leur consentement afin de mettre en œuvre ces dispositifs [11,12].

1.2 Un consentement libre et éclairé

Un consentement libre et éclairé suppose une information loyale et suffisamment complète. Dans le cadre d'une relation de soin, on considère qu'une information répond à ces critères lorsqu'elle comprend l'explication de l'état de santé, le pronostic et les thérapeutiques possibles, leurs effets escomptés, leurs effets indésirables probables et leurs alternatives possibles [13].

Le consentement est le fait de donner expressément son accord à un choix, à une offre ou à une demande. Pour qu'il y ait consentement, il faut que ce soit face à une information claire et complète. Si celle-ci est insuffisamment complète ou absente on considérera qu'il y a dissimulation déloyale. L'importance du consentement est soutenue par le principe d'inviolabilité du corps humain : il impose le consentement pour tout acte sur celui-ci [14–16].

Par principe, depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, c'est au soignant et donc pour ce qui nous concerne, à la sage-femme (ou au médecin) de prouver que cette information a été donnée. La délivrance de l'information est une obligation juridique qui peut être prouvée par toute voie de droit par le praticien [11,17]. Une fois que le praticien aura démontré la délivrance de l'information, ce sera au patient à prouver que l'information était incomplète ou inexacte. L'information est traditionnellement donnée oralement lors du colloque singulier entre le professionnel de santé et le patient. Mais pour certains actes particuliers (interruption volontaire de grossesse (IVG), interruption médicale de grossesse (IMG), procréation médicalement assistée (PMA), stérilisation tubaire, par exemple), un écrit sera exigé [18]. Dans ces quelques cas énumérés par le législateur, l'écrit est exigé pour s'assurer de la délivrance de l'information et accessoirement de la preuve de la délivrance de cette information. En l'absence d'exigence d'écrit du législateur, la preuve pourra résulter, entre autres, d'un écrit dans le dossier médical.

Cependant, tout ce qui est inscrit dans le dossier n'est pas irréfragablement (qui ne peut pas être renversé par la preuve contraire) présumé vrai. Les juges du fond pourront s'appuyer sur tous les éléments présents au dossier (schémas, nombre de consultations, délai de réflexion, nécessité impérieuse de la réalisation de l'acte...) pour déterminer si l'information a véritablement été transmise et le consentement donné de façon libre et éclairée par le patient.

On retiendra néanmoins que le praticien peut être exempté de son devoir d'information lorsque l'urgence vitale ne permet pas de prendre le temps d'expliquer ses raisons et dans le cas où le patient est dans l'incapacité de donner son consentement [11,17].

La relation de soin est un contrat oral passé entre le soignant (ici la sage-femme) et le soigné (la parturiente). Dans ce contrat, le soignant apporte les faits : les risques et les bénéfices de la thérapeutique envisagée et le soigné apporte les « valeurs » basées sur ses préférences et ses propres valeurs éthiques. De cet apport combiné peut émerger la décision médicale [19,20].

Demander le consentement c'est respecter les principes éthiques d'autonomie, de bienveillance et de non maltraitance « ne pas nuire, ne pas laisser nuire » et de justice [21–24]:

- Le principe d'autonomie :

Il désigne la capacité des individus à s'autogouverner : décider sans avoir l'injonction ni l'influence d'un autre. Cela signifie que les humains sont libres de choisir pour eux-mêmes, pour leur propre vie et donc pour leur santé ; leur choix de recourir ou non à une thérapeutique.

- Le principe de bienveillance :

C'est une démarche volontaire de la part du soignant. C'est « une intention positive et en même temps des actes concrets pour réaliser cette intention » [24]. La bienveillance demande donc des actes gravitant autour de principes incontournables comme le respect de la personne et de son individualité.

- Le principe de non-malfaisance :

Comme le principe de bienveillance c'est une démarche volontaire, celle de ne pas nuire : « primum non nocere ». Respecter le principe de bienveillance ne permet pas pour autant de respecter le principe de non malfaisance. Il faut agir dans le respect de la personne, pour son bien (principe de bienveillance) sans lui nuire. Les principes de bienveillance et non malfaisance rejoignent les principes du « bénéfice/risque ». Peser le pour et le contre face à une thérapeutique, une intervention qui pourrait soigner le patient mais qui comporte aussi des risques délétères.

- Le principe de justice :

C'est la dimension sociale du soin, i.e. garantir une équité entre tous les citoyens face au soin, tant par son coût sociétal que par son accès, ne pas faire de discriminations et ne pas avantager uniquement les plus favorisés [25].

La démarche de l'information et du consentement permet de respecter ces principes :

- L'autonomie : en laissant au patient choisir selon ses principes personnels
- La bienveillance et la non malfaisance : en s'assurant que les démarches du soignant respectent ce que le soigné pense bon pour lui. Le laisser dans l'ignorance équivaldrait à lui nuire.
- Le principe de justice : en appliquant ces principes à tous les patients, le soignant se situe dans une démarche juste, en assurant l'équité entre les soignés.

Le mémoire de fin d'études de Madame Camille Bon montre que, sur une population de patientes dans la région de Marseille, seules 38% déclarent se souvenir avoir été informées de la mise en route d'une perfusion d'ocytocine et seulement 20% déclarent avoir reçu une demande de consentement lors d'une administration de perfusion d'ocytocine. Cette étude démontre aussi que l'information délivrée et l'accord de la patiente n'ont pas été reportés sur le dossier [26].

Une récente enquête du CIANE montre que seulement 58% des femmes disent avoir reçu une information et se sont vues demander leur consentement, mais l'étude ne dit ni comment l'information a été donnée ni comment le consentement a été recueilli [27].

Ces deux études développent l'information et le recueil du consentement du point de vue des soignés et comment ils perçoivent cette information. Dans notre étude, nous nous sommes situés du point de vue des soignants pour savoir comment ils considèrent l'information qu'ils donnent et le recueil du consentement.

Ainsi a émergé notre problématique de recherche :

**En salle de naissance, dans le cadre de la direction du travail, comment le
consentement est-il recueilli ?**

Notre mémoire aura donc comme objectif principal de comprendre comment le consentement est recueilli et comme objectif secondaire, en cas de défaut dans la demande de consentement, d'en comprendre les raisons.

L'exposé de méthodologie de notre recherche est précisé en deuxième partie, les résultats bruts et analysés en troisième partie et leur discussion en dernière partie.

2 Matériel et Méthode

Type d'étude

Etude quantitative, descriptive, rétrospective et multicentrique.

Terrain - Lieu - Période

Notre terrain d'étude ciblait les maternités d'un réseau de périnatalité de la Région Nord-Pas de Calais, soit 10 établissements d'enquête.

Envisagée à l'automne 2015, l'étude devait durer environ 2 mois.

Population

Les critères d'inclusion de notre population étaient d'être sage-femme travaillant en salle de naissance dans ces maternités pendant de la période de l'étude. Il n'y avait pas de conditions d'ancienneté dans le poste, ni d'expérience.

Au sein de cette population, aucun critère d'exclusion n'a été spécifié.

Outil

Nous avons conçu un questionnaire [ANNEXE I], composé du descriptif de 3 situations cliniques. Pour chaque situation décrite, la sage-femme devait répondre à des questions avec réponses à choix multiple et à des questions à réponse ouverte et courte, portant sur son attitude pratique avec la patiente. Un codage préalable des questions avait été établi pour l'exploitation numérique des réponses.

- La « Situation 1 » (codage « RAM1 ») expose une situation physiologique.
- La « Situation 2 » (codage « Ocytocine 2 ») est une situation moins physiologique sans être pour autant pathologique : c'est un cas de dystocie légère de dilatation.
- La « Situation 3 » (codage « RAM 3 » / « Ocytocine 3 ») décrit une situation pathologique : ARCF et une légère dystocie d'engagement.

CRITERES DE JUGEMENT

Les critères de jugement concernant l'information étaient :

Information complète :

- Explication de la raison de la mise en œuvre de la direction du travail
- Explication sur les effets attendus du dispositif.
- Explication sur les effets indésirables possibles.
- Explication sur les alternatives possibles ou non.

Information partielle : il manque 1 à 2 des critères précédents.

Information quasi nulle : seul un des critères est présent

Information nulle : aucune information n'est donnée

Les critères de jugement concernant le consentement sont :

- Consentement demandé :
 - Par une question ouverte : celle-ci amène-t-elle une réponse libre ?
 - Par une question fermée : celle-ci amène-t-elle une réponse prédéfinie : « oui » ou « non »
- Absence de demande de consentement
 - Considéré consenti si non refus exprès de la patiente
 - Consentement non recueilli

Etait aussi étudiée l'année d'obtention du diplôme en relation avec la parution de la loi du 4 mars 2002, afin de déterminer si la demande de consentement et l'information changent en fonction de la formation initiale des sages-femmes :

- Diplôme obtenu il y a plus de 11 ans : soit en 2004, ou avant.
- Diplôme obtenu entre 10 et 6 ans : soit entre 2005 et 2009 compris.
- Diplôme obtenu il y a 5 ans ou moins : soit tous les diplômés à partir de 2010

Méthode d'analyse

L'analyse statistique utilisera un seul test car nous étudions la répartition des réponses en fonctions des méthodes de direction utilisées. Il s'agira du test du Chi² avec un seuil de significativité défini à $p=0,05$.

Le test du Chi², lorsqu'un sous-groupe avec $n<5$ est présent sera effectué avec une correction de Yates. Lorsque plus d'un sous-groupe aura $n<5$ des sous-groupes seront fusionnés. Le test ne sera pas effectué lorsque cela sera impossible.

Bibliographie

La bibliographie a été effectuée avec l'aide du logiciel Zotero®.

Il s'agit d'ouvrages anglo-saxons et francophones. Les mots clés de la recherche ont été : « consentement éclairé », « ocytocine », « amniotomie », « rupture artificielle des membranes », « direction du travail », « consentement au soin », « daily practice care », « care consent »

Autorisation :

L'autorisation de diffusion des questionnaires a été soumise aux sages-femmes cadres des maternités sollicitées. [Annexe II]

3 Résultats

3.1 Population étudiée

3.1.1 Caractéristiques de l'échantillon

Notre terrain d'étude ciblait les maternités d'un réseau de périnatalité de la Région Nord-Pas de Calais, soit 10 établissements contactés. Six ont répondu favorablement :

- Trois établissements de niveau IIb : deux établissements publics, et un Etablissement de Soins Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC)
- Un établissement public de niveau IIa
- Deux établissements de niveau I : l'un public, l'autre privé

Le nombre total de questionnaires exploitables est de **47**.

Les répondants sont en majorité des femmes : 45 femmes, 1 homme, un questionnaire ne précise pas le sexe du répondant.

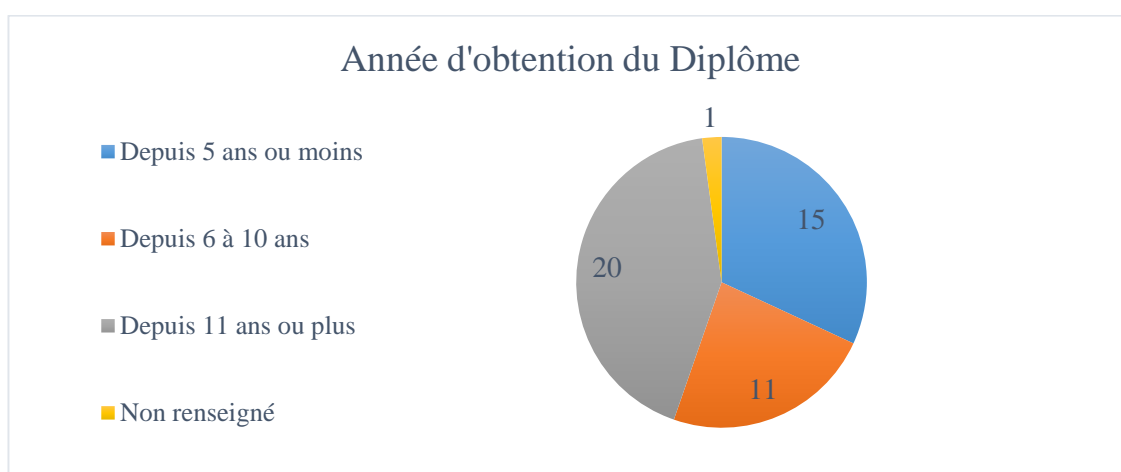


Figure 1 : Répartition de l'ancienneté au sein de l'échantillon

Dans notre échantillon, les répondants sont en majorité des personnes expérimentées avec 20 interrogés ayant plus de 11 ans de pratique contre 11 ayant entre 6 et 10 ans d'expérience, 15 jeunes diplômés et une réponse non renseignée.

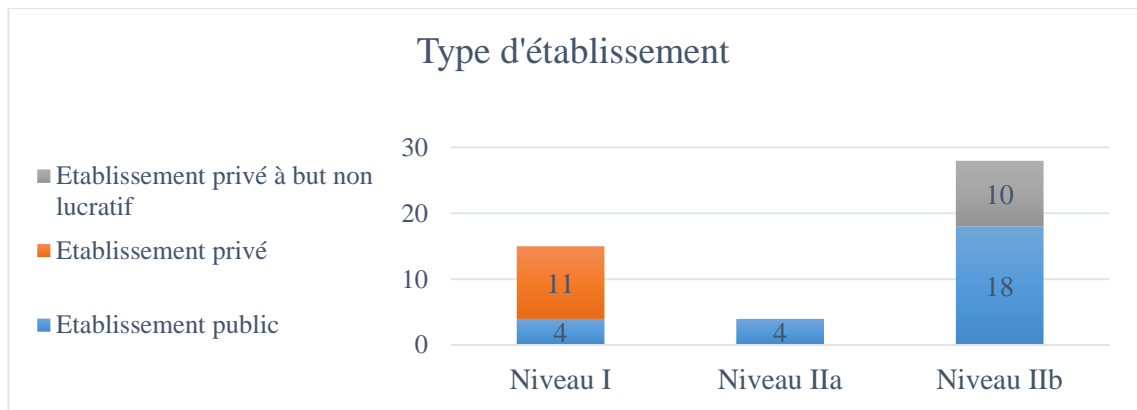


Figure 2 : répartition du type d'établissement au sein de l'échantillon

Les répondants travaillent majoritairement en maternité d'un niveau IIb (28 répondants) dont 18 dans un établissement public et 10 dans un établissement privé à but non lucratif. On dénombre 4 répondants dans un établissement public de niveau IIa et 15 dans une maternité de niveau I dont 4 dans un établissement public et 11 dans un établissement privé.

3.2 Information

3.2.1 Fréquence de l'information

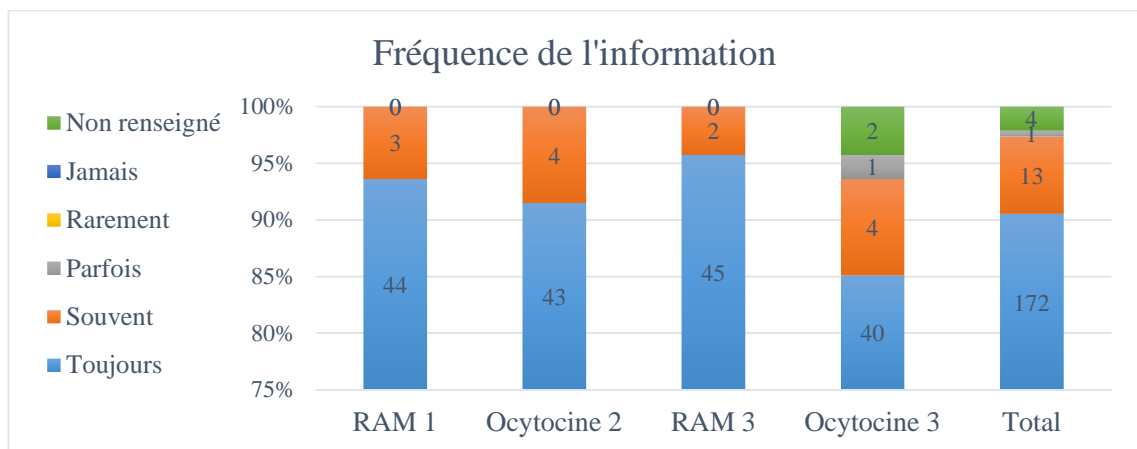


Figure 3 : répartition des fréquences d'information pour chacune des situations

Dans la première situation, « RAM 1 » : la réponse « toujours » a été donnée de manière majoritaire avec 44 réponses contre 3 « souvent ».

Dans la deuxième situation, « Ocytocine 2 » la réponse « toujours » a été donnée de manière majoritaire avec 43 réponses contre 4 « souvent ».

Dans la première partie de la troisième situation, « RAM 3 » la réponse « toujours » a été donnée de manière majoritaire avec 45 réponses contre 2 « souvent ».

Dans la deuxième partie de la troisième situation, « Ocytocine 3 » : l'information est majoritairement donnée de manière systématique avec 40 « toujours » contre 4 « souvent », 1 « parfois » et 2 réponses non renseignées.

Certaines sous catégories ayant un n <5, les résultats ne sont pas comparables entre eux par un test du Chi² avec ou sans correction de Yates si l'on veut comparer les réponses entre chacune des situations.

Nous avons comparé la fréquence des réponses « toujours » à l'ensemble des autres réponses (« souvent », « parfois », « rarement », « jamais », et les réponses non renseignées) entre les différentes méthodes de direction utilisées, regroupant ainsi les situations de RAM entre elles et les situations d'ocytocine entre elles. La comparaison par le test du Chi² nous donne p= 0.12. Ce qui est supérieur à 0.05, ainsi **la différence de fréquence de l'information en fonction de la méthode de direction utilisée n'est pas statistiquement significative**. Nous considérons donc que l'information donnée l'est à la même fréquence pour chacune de méthodes de directions utilisées.

Puis nous avons comparé la fréquence des réponses « toujours » à l'ensemble des autres réponses (« souvent », « parfois », « rarement », « jamais », et les réponses non renseignées) entre les situations considérées physiologiques et celles considérées pathologiques, regroupant ainsi les situations de RAM 1 et Ocytocine 2 entre elles et les situations de RAM 3 et d'Ocytocine 3 entre elles. La comparaison par le test du Chi² nous donne p= 0.60. Ce qui est supérieur à 0.05, ainsi **la différence de fréquence de l'information en fonction de son caractère pathologique n'est pas statistiquement significative**. Nous considérons donc que l'information donnée l'est à la même fréquence pour chacune de ces situations, pathologiques ou non.

3.2.2 Contenu de l'information

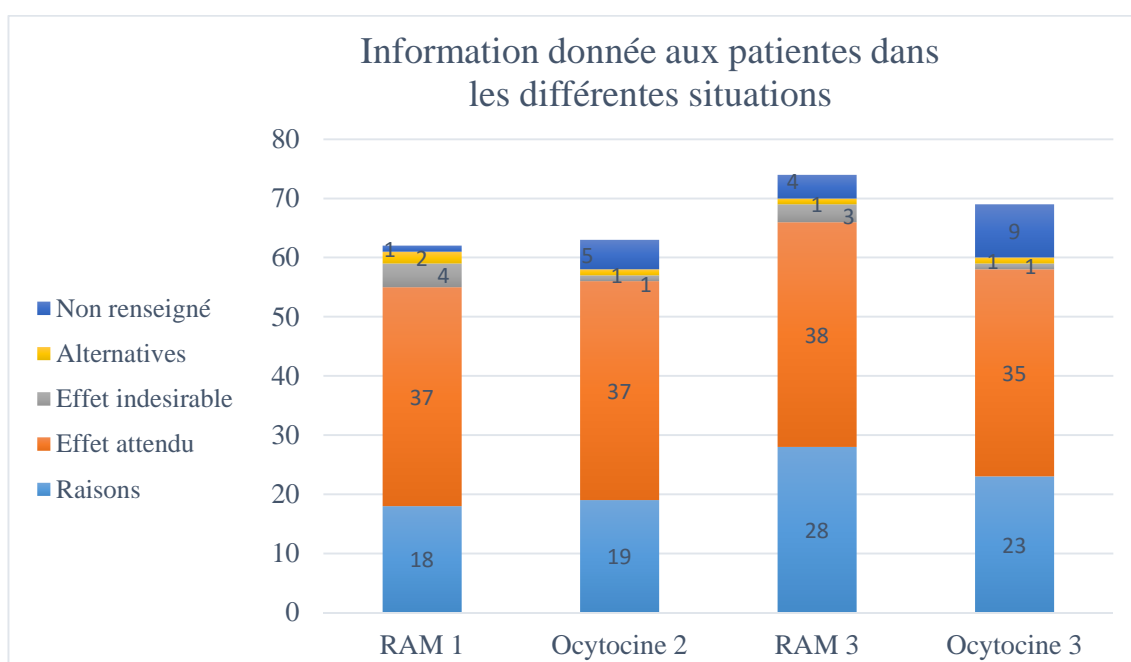


Figure 4 : Répartition de contenu de l'information en fonction des situations

Dans la première situation « RAM 1 » : l'information donnée à la patiente concerne principalement l'« effet attendu » (cité 37 fois) puis les « raisons » de la méthode choisie pour la direction du travail (cité 18 fois) puis les « effets indésirables » (cités 4 fois) et enfin les « alternatives » à la direction du travail par RAM (cité 2 fois). Par 2 fois, le type d'information donnée n'a pas été renseigné.

Dans la deuxième situation « Ocytocine 2 » : l'information donnée à la patiente concerne principalement l'« effet attendu » (cité 37 fois) puis les « raisons » de la méthode choisie pour la direction du travail (cité 19 fois) puis les « effets indésirables » (cités 1 fois) et enfin les « alternatives » à la direction du travail par perfusion d'ocytocine (cité 1 fois). Par 5 fois, le type d'information donnée n'a pas été renseigné.

Dans la première partie de la troisième situation « RAM 3 » : l'information donnée à la patiente concerne principalement l'« effet attendu » (cité 38 fois) puis les « raisons » de la méthode choisie pour la direction du travail (cité 28 fois) puis les « effets indésirables » (cités 3 fois) et enfin les « alternatives » à la direction du travail par RAM (cité 1 fois). Par 4 fois, le type d'information donnée n'a pas été renseigné.

Dans la deuxième partie de la troisième situation « Ocytocine 3 » : l'information donnée à la patiente concerne principalement l'« effet attendu » (cité 35 fois) ensuite viennent les raisons de la méthode de la direction du travail (cité 23 fois) puis les effets indésirables (cités 1 fois) et les alternatives à la direction du travail par perfusion d'ocytocine (cité 1 fois). Par 9 fois, le type d'information donnée n'a pas été renseigné.

Pour comparer les informations données, certains sous-groupes ayant $n < 5$ nous avons regroupé les « effets indésirables » avec les « alternatives » et les réponses non renseignées. La comparaison entre ces 4 groupes par le test du χ^2 nous donne $p = 0.84$. Ce qui est supérieur à 0.05, ainsi **l'information donnée n'est pas significativement différente entre chacun des groupes.**

Aussi, nous avons comparé les informations données, entre les différentes méthodes de direction du travail utilisées, regroupant ainsi les situations de RAM entre elles et les situations d'ocytocine entre elles. Certains sous-groupes ayant $n < 5$ nous avons regroupé les « effets indésirables » avec les « alternatives ». La comparaison par le test du χ^2 nous donne $p = 0.07$. Ce qui est supérieur à 0.05, donc **l'information donnée n'est pas significativement différente quelle que soit la méthode de direction utilisée.**

Puis nous avons comparé les informations données, entre les situations considérées physiologiques et celles considérées pathologiques, regroupant ainsi les situations de RAM 1 et Ocytocine 2 entre elles et les situations de RAM 3 et d'Ocytocine 3 entre elles. Certains sous-groupes ayant $n < 5$ nous avons regroupé les « effets indésirables » avec les « alternatives ». La comparaison par le test du χ^2 nous donne $p = 0.27$. Cela est supérieur à 0.05, ainsi **la différence de fréquence de l'information en fonction du caractère pathologique de la situation n'est pas statistiquement significative**. Nous considérons donc que l'information donnée l'est de la même manière pour chacune de ces situations, pathologiques ou non.

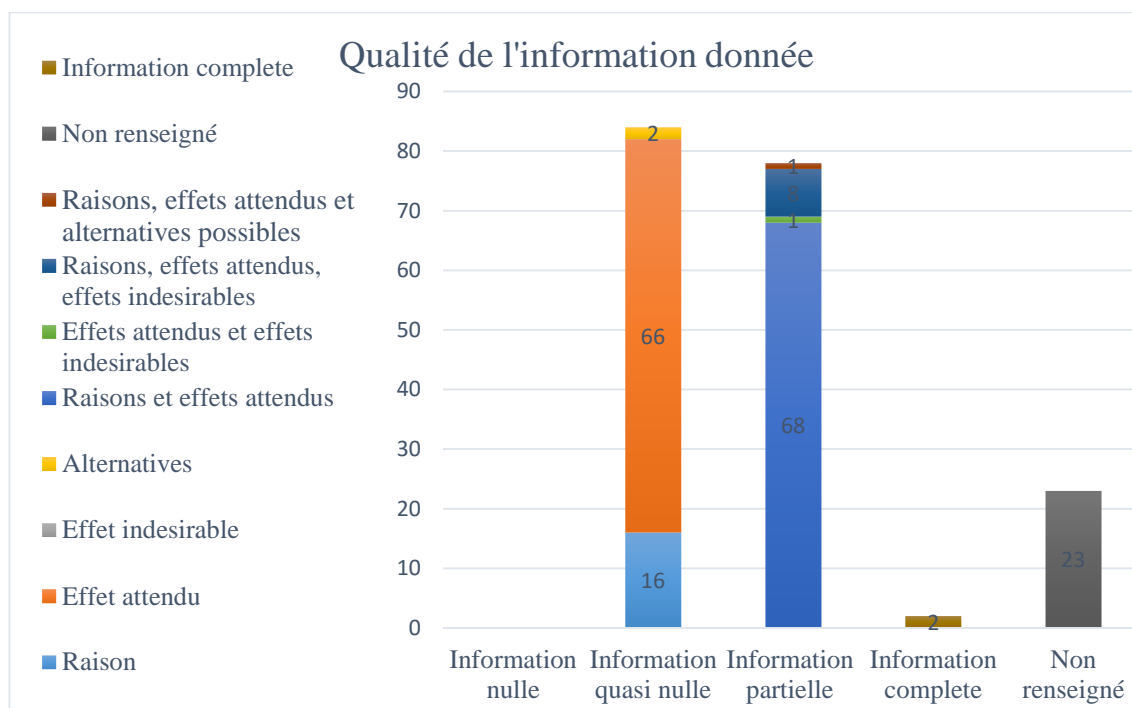


Figure 5 : répartition du contenu de l'information en fonction du type d'information, toutes situations confondues

L'information donnée est « nulle » pour aucune réponse.

Dans 84 réponses l'information est considérée quasi-nulle (elle ne comporte qu'un seul des critères). Dans cette situation c'est « effets attendus » qui prime (avec 66 réponses) devant les « raisons » (cité 16 fois) et les « alternatives » (cité 2 fois).

Dans 78 réponses elle est considérée comme partielle, (elle ne comporte que 2 ou 3 critères sur les 4). Dans cette situation, c'est l'association « raisons » et « effets attendus » qui prime avec 68 réponses, puis la même association à laquelle on ajoute les « effets indésirables » avec 8 réponses. Puis l'association « effets attendus » - « effets indésirables » est citée 1 fois. Enfin l'association « raisons » - « effets attendus » - « alternatives possibles » est citée 1 fois.

L'information complète (association des 4 critères) n'a été citée que 2 fois. Et 23 fois le type d'information donnée n'a pas été renseigné.

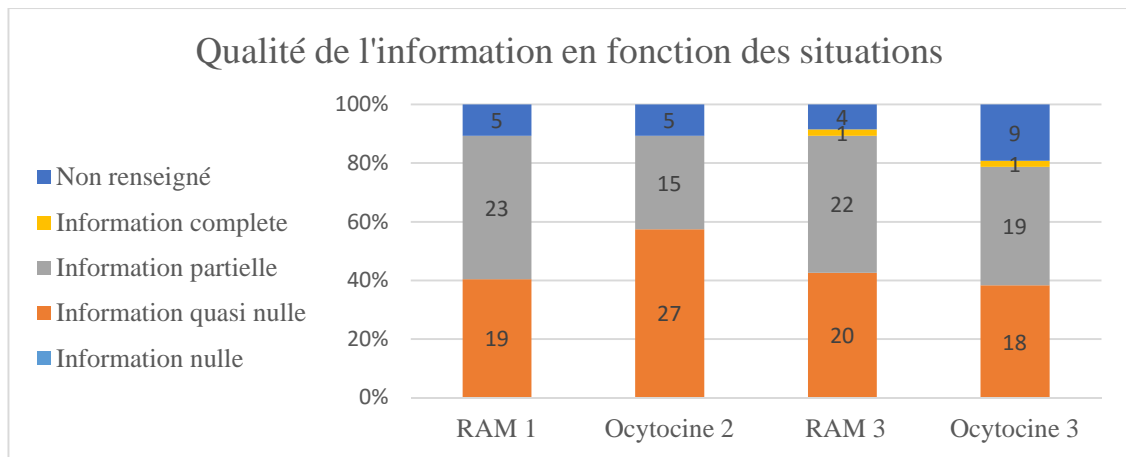


Figure 6 : qualité de l'information donnée en fonction des situations

Pour la première situation, « RAM 1 » : l'information partielle est majoritaire en apparaissant 23 fois suivie d'une information quasi-nulle citée 19 fois. Le type d'information n'est pas renseigné 5 fois.

Dans la deuxième situation, « Ocytocine 2 » : l'information quasi-nulle est majoritaire en apparaissant 27 fois suivie d'une information partielle citée 15 fois. Le type d'information n'est pas renseigné 5 fois.

Dans la première partie de la troisième situation, « RAM 3 » : l'information partielle est majoritaire en apparaissant 22 fois suivie d'une information quasi-nulle 20 fois. L'information complète est citée 1 seule fois. Le type d'information n'est pas renseigné 4 fois.

Dans la deuxième partie de la troisième situation, « Ocytocine 3 » : l'information partielle est majoritaire en apparaissant 19 fois suivie d'une information quasi-nulle 18 fois. L'information complète est citée 1 seule fois. Le type d'information n'est pas renseigné 9 fois.

La comparaison entre ces quatre groupes (les sous-groupes « effets indésirables », « alternatives » et « non renseigné » ayant un $n < 5$, ils ont été regroupés), par le test du χ^2 nous donne $p = 0.29$. Cela est supérieur à 0.05, ainsi la **différence de qualité de l'information donnée à chacune des situations n'est pas statistiquement significative**. Nous considérons donc que l'information donnée l'est de la même manière pour chacune de ces situations.

Puis nous avons réalisé la comparaison entre les méthodes utilisées (les sous-groupes « effets indésirables », « alternatives » et « non renseigné » ayant un $n < 5$, ils ont été regroupés) par le test du χ^2 qui nous donne $p = 0.22$. Ce qui est supérieur à 0.05, ainsi **la différence de qualité de l'information donnée en fonction de la méthode de direction du travail choisie**

n'est pas statistiquement significative. Nous considérons donc que l'information donnée n'est pas différente pour chacune des méthodes de direction du travail.

Enfin nous avons voulu comparer les situations physiologiques aux situations plus « pathologiques » (les sous-groupes « effets indésirables », « alternatives » et « non renseigné » ayant un $n < 5$, ils ont été regroupés). Nous avons utilisé le test du Chi², et le résultat nous donne $p = 0.39$, ce qui est supérieur à 0.05, ainsi **l'information délivrée n'est pas statistiquement différente en fonction du caractère pathologique de la situation.**

3.2.3 Raisons invoquées en cas de non information de la patiente

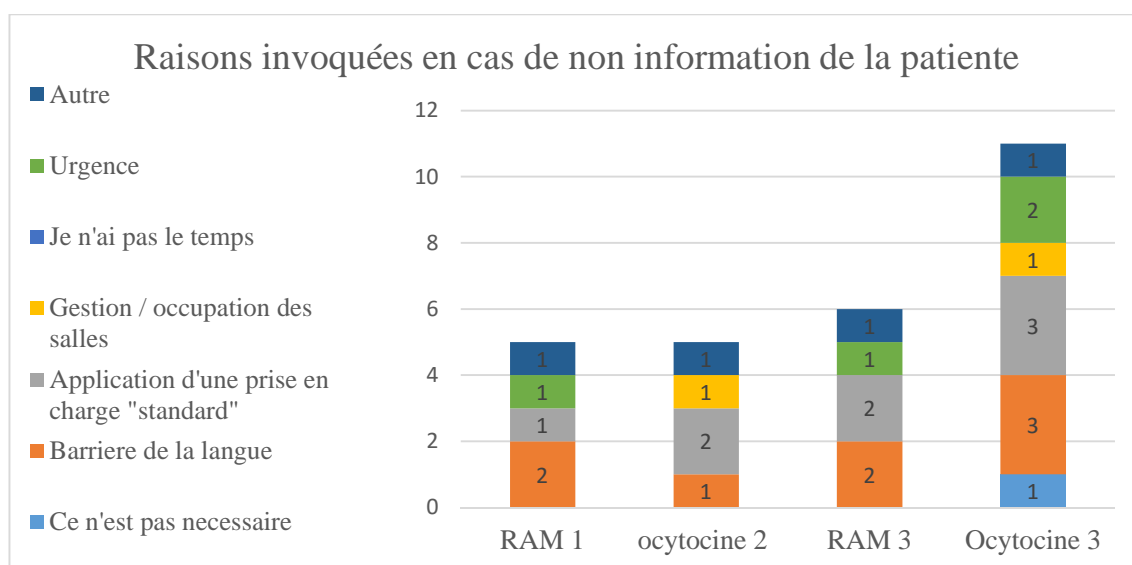


Figure 7 : Raisons invoquées en cas de non information de la patiente dans chacune des situations

Pour la première situation, « RAM 1 », les raisons invoquées en cas de non information sont « barrière de la langue » (cité 2 fois), « application d'une prise en charge standard » (cité 1 fois), « urgence » (cité 1 fois) et une option « autre » est cochée.

Dans la deuxième situation, « Ocytocine 2 » : les raisons invoquées en cas de non information sont « barrière de la langue » (cité 1 fois), « application d'une prise en charge standard » (cité 2 fois), « gestion occupation des salles » (cité 1 fois) et une option « autre » est cochée.

Dans la première partie de la troisième situation : « RAM 3 » les raisons invoquées en cas de non information sont « barrière de la langue » (cité 2 fois), « application d'une prise en charge standard » (cité 2 fois), « urgence » (cité 1 fois) et une option « autre » est cochée.

Dans la deuxième partie de la troisième situation : « Ocytocine 3 » les raisons invoquées en cas de non information sont « ce n'est pas nécessaire » (cité 1 fois) « barrière de la langue »

(cité 3 fois), « application d'une prise en charge standard » (cité 3 fois), « urgence » (cité 1 fois), « gestion occupation des salles » (cité 1 fois) et une option « autre » est cochée.

Les réponses « autres » sont :

Réponse « autre » à la situation RAM 1, répétée dans la situation RAM 3 : « Si je l'ai déjà informée (par exemple à l'examen précédent) car j'anticipe parfois en expliquant beaucoup de choses, si j'ai le temps à l'entrée en salle de travail ».

Réponse « autre » à la situation Ocytocine 2 répétée dans la situation Ocytocine 3 : « Oubli »

Certaines sous catégories ayant un n <5 les résultats ne sont pas comparables par un test du Chi² avec ou sans correction de Yates.

3.3 Recueil du consentement

3.3.1 Fréquence de recueil du consentement

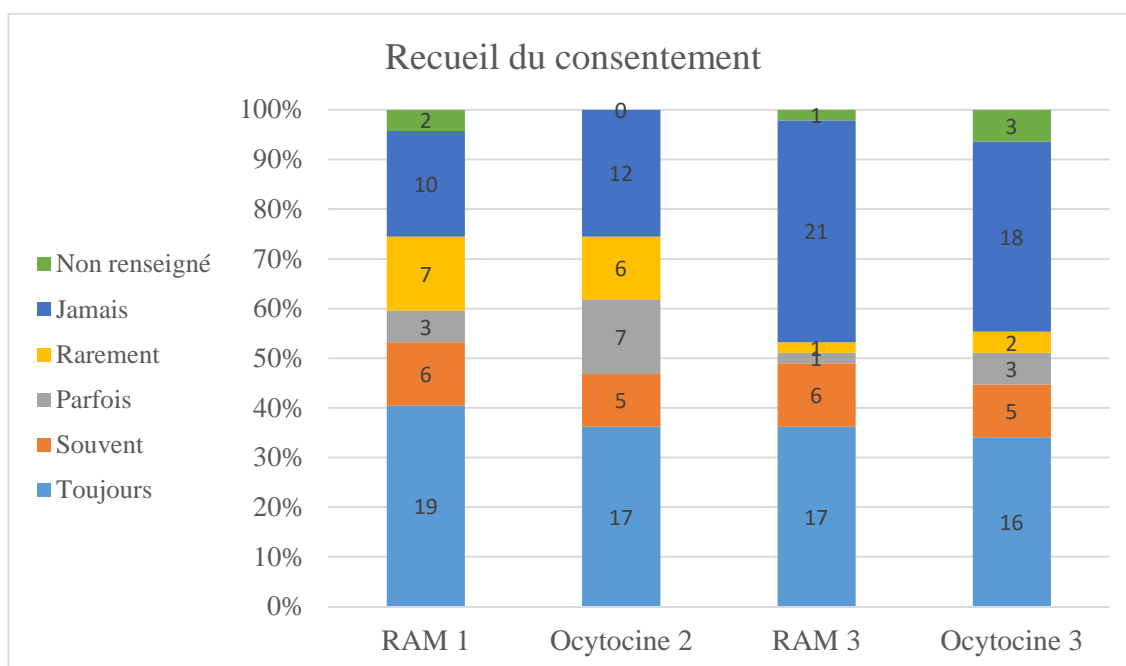


Figure 8 : Fréquence de recueil du consentement en fonction des situations

Dans la première situation : « RAM 1 » le consentement est majoritairement demandé de manière systématique avec 19 « toujours » contre 6 « souvent », 3 « parfois », 7 « rarement » 10 « jamais » et 2 réponses non renseignées.

Dans la deuxième situation : « Ocytocine 2 » le consentement est majoritairement demandé de manière systématique avec 17 « toujours » contre 5 « souvent », 7 « parfois », 6 « rarement » et 12 « jamais ».

Dans la première partie de la troisième situation : « RAM 3 » le consentement n'est majoritairement jamais demandé avec 21 « jamais » contre 17 « toujours » 6 « souvent », 1 « parfois », 1 « rarement » et 1 réponse non renseignée.

Dans la deuxième partie de la troisième situation : « Ocytocine 3 » le consentement n'est majoritairement jamais demandé avec 18 « jamais » contre 16 « toujours » 5 « souvent », 3 « parfois », 2 « rarement » et 3 réponses non renseignées.

Pour traiter la question de demande du consentement, les groupes intermédiaires étant trop faibles ($n < 5$), nous avons reparti les fréquences de la façon suivante : « toujours », « intermédiaire » (regroupant ainsi « souvent », « parfois », « rarement » et « non renseigné ») et « jamais ». Le résultat du test du χ^2 nous donne un $p = 0.10$ qui est supérieur à 0.05. Ainsi **le test ne démontre pas de différence statistiquement significative concernant la fréquence de demande de consentement lorsque l'on compare les 4 situations entre elles.**

Pour traiter la question de demande du consentement en fonction des méthodes utilisées (RAM ou perfusion d'ocytocine), les groupes intermédiaires étant trop faibles ($n < 5$) nous avons reparti les fréquences de la façon suivante : « toujours », « intermédiaire » (regroupant ainsi « souvent », « parfois », « rarement » et « non renseigné ») et « jamais ». Le résultat du test du χ^2 nous donne un $p = 0.81$ qui est supérieur à 0.05. Ainsi **le test ne démontre pas de différence statistiquement significative concernant la fréquence de demande de consentement lorsque nous comparons les situations.** Le consentement est donc demandé à une fréquence similaire entre les deux méthodes de direction du travail.

Puis nous avons comparé la fréquence de demande du consentement entre les situations considérées physiologiques et celles considérées pathologiques. Les groupes intermédiaires étant trop petits ($n < 5$) nous avons reparti les fréquences de la façon suivante : « toujours », « intermédiaire » (regroupant ainsi « souvent », « parfois », « rarement » et « non renseigné ») et « jamais ». Le résultat du test du χ^2 nous donne un $p = 0.02$ qui est inférieur à 0.05. Ainsi **le test nous montre que la différence de fréquence de consentement est statistiquement significatif entre des situations considérées physiologiques et celles considérées pathologiques.**

3.3.2 Mode de demande du consentement

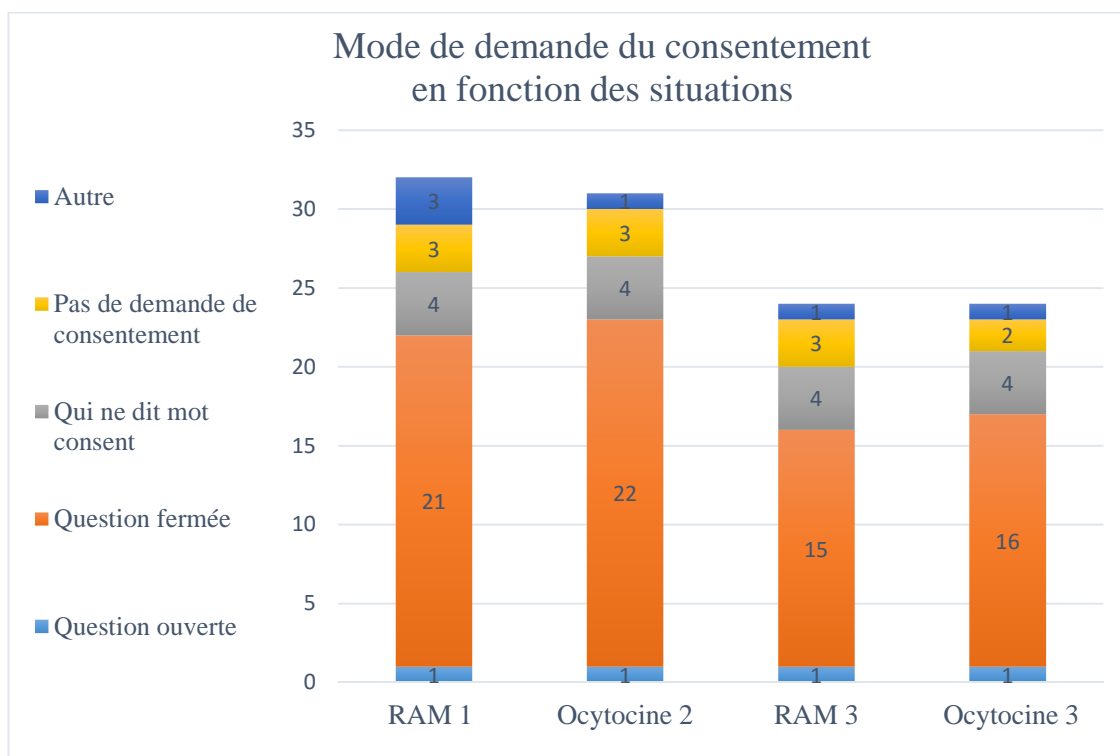


Figure 9 : Mode de demande du consentement en fonction des situations

Dans la première situation : « RAM 1 » le consentement est majoritairement demandé par une question fermée avec 21 réponses exprimées contre 1 question ouverte, 4 fois où il est considéré recueilli si la personne n'a pas exprimé de refus, 3 fois où le consentement n'a été demandé d'aucune manière et 3 réponses « autre ».

Dans la deuxième situation : « Ocytocine 2 » le consentement est majoritairement demandé par une question fermée avec 22 réponses exprimées contre 1 question ouverte, 4 fois où il est considéré recueilli si la personne n'a pas exprimé de refus, 1 fois où le consentement n'a été demandé d'aucune manière et 1 réponse « autre ».

Dans la première partie de la troisième situation : « RAM 3 » le consentement est majoritairement demandé par une question fermée avec 15 réponses exprimées contre 1 question ouverte, 4 fois où il est considéré recueilli si la personne n'a pas exprimé de refus, 3 fois où le consentement n'a été demandé d'aucune manière et 1 réponse « autre ».

Dans la deuxième partie de la troisième situation : « Ocytocine 3 » le consentement est majoritairement demandé par une question fermée avec 16 réponses exprimées contre 1 question ouverte, 4 fois où il est considéré recueilli si la personne n'a pas exprimé de refus, 2 fois où le consentement n'a été demandé d'aucune manière et 1 réponse « autre ».

Les réponses « autres » sont :

Réponses à la situation RAM 1 : « *Après lui avoir expliqué la situation, je peux expliquer que c'est une façon de relancer les contractions utérines* » / « *Je ne demande qu'à celles qui ont des projets de naissance* »

Réponse à la situation RAM 1 et répétée dans la situation Ocytocine 2 : « *Sauf si elle s'y oppose mais cela n'arrive jamais. Les explications pour justifier ma décision de rompre sont toujours acceptées, comprises* »

Réponse à la situation RAM 3 et répétée dans la situation Ocytocine 2 : « *Je tourne ma phrase de manière à expliquer que c'est nécessaire* »

Nous avons effectué la comparaison des quatre groupes via le test du Chi², entre le groupe « consentement demandé » comprenant les questions ouvertes et les questions fermées et le groupe « absence de consentement demandé » comprenant les « qui ne dit mot consent » et l'absence de demande de consentement. Le résultat du test nous donne un $p=0.93$, qui est ainsi supérieur à 0,05. **Nous considérons donc que la demande de consentement n'est pas statistiquement significativement différente en fonction des situations.**

La comparaison des deux méthodes de direction (RAM et Ocytocine) via le test du Chi², comparant le groupe « consentement recueilli » (comprenant les questions ouvertes et les questions fermées), au groupe « consentement non recueilli » (comprenant les « qui ne dit mot consent » et l'absence de demande de consentement ainsi que les réponses « autres ») donne le résultat suivant : $p=0.57$ qui est ainsi supérieur à 0,05. **Nous considérons donc que la demande de consentement n'est pas statistiquement significativement différente en fonction des méthodes utilisées.**

Puis nous avons comparé le type de demande de consentement en fonction des situations, si elles sont considérées physiologiques ou pathologiques. Pour cela nous avons comparé le « consentement recueilli » (par une question ouverte ou fermée) au consentement non recueilli (« qui ne dit mot, consent », l'absence totale de demande de consentement ainsi que les réponses « autres »). Le résultat du test du Chi² nous donne $p=0.75$. Ainsi **la différence n'est pas statistiquement significative, que la situation soit considérée pathologique ou non, le consentement est demandé de la même manière.**

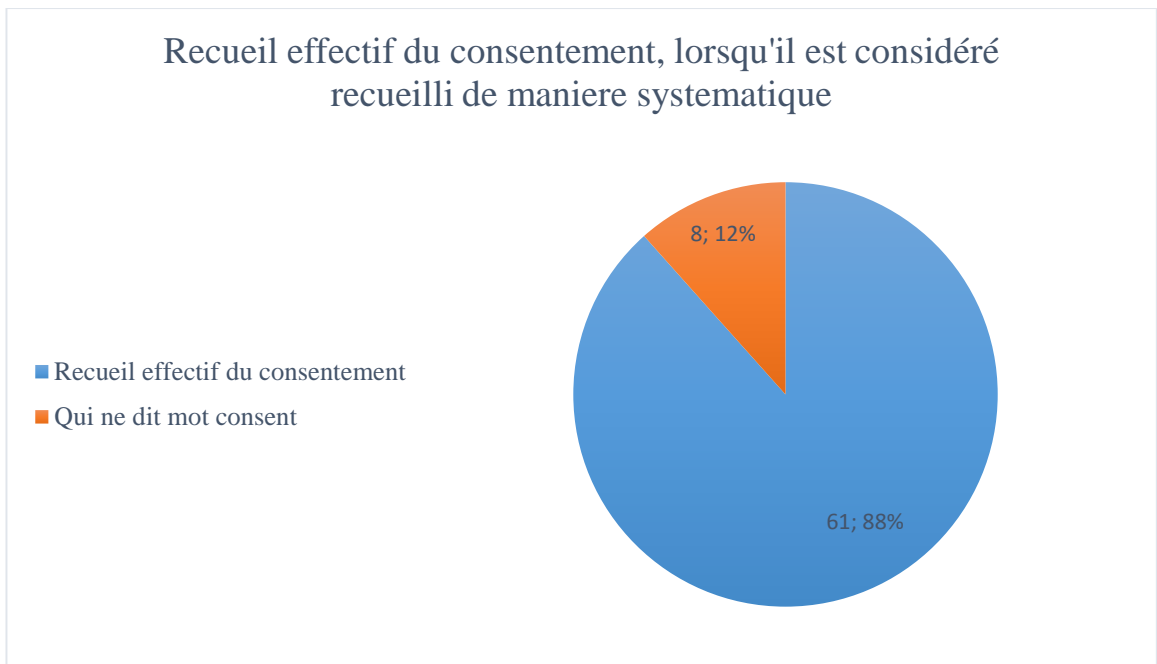


Figure 10 : Recueil effectif du consentement, lorsqu'il est considéré recueilli de manière systématique par le répondant

Lorsque les sages-femmes ont répondu « toujours » à la question sur la fréquence de recueil du consentement, dans 8 réponses sur 62, elles ont expliqué le considérer comme recueilli lorsque le refus n'a pas été exprimé.

3.3.3 Raisons invoquées en cas de non demande de consentement

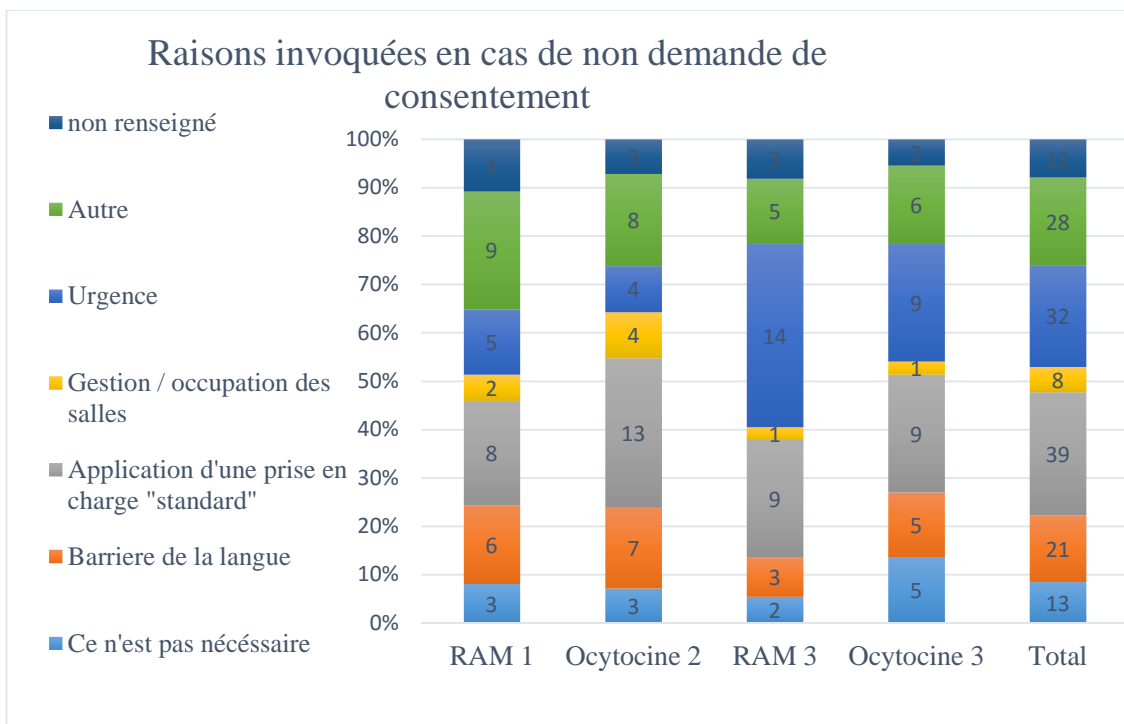


Figure 11 : Raisons invoquées en cas de non demande de consentement en fonction des situations

Dans la première situation, « RAM 1 » : les raisons invoquées en cas de non demande du consentement sont réparties de manière suivante : 3 « ce n'est pas nécessaire », 6 « barrière de la langue », 8 « application d'une prise en charge standard », 2 « gestion/occupation des salles », 5 « urgence », 9 « autre » et 4 réponses non renseignées.

Dans la deuxième situation, « Ocytocine 2 » : les raisons invoquées en cas de non demande du consentement sont réparties de manière suivante : 3 « ce n'est pas nécessaire », 7 « barrière de la langue », 13 « application d'une prise en charge standard », 4 « gestion/occupation des salles », 4 « urgence », 8 « autre » et 3 réponses non renseignées.

Dans la première partie de la troisième situation, « RAM 3 » : les raisons invoquées en cas de non demande du consentement sont réparties de manière suivante : 2 « ce n'est pas nécessaire », 3 « barrière de la langue », 9 « application d'une prise en charge standard », 1 « gestion/occupation des salles », 14 « urgence », 5 « autre » et 3 réponses non renseignées.

Dans la deuxième partie de la troisième situation, « Ocytocine 3 » : les raisons invoquées en cas de non demande du consentement sont réparties de manière suivante : 5 « ce n'est pas nécessaire », 5 « barrière de la langue », 9 « application d'une prise en charge standard », 1 « gestion/occupation des salles », 9 « urgence », 6 « autre » et 2 réponses non renseignées.

Les réponses « autre » sont :

Dans la situation RAM 1 : « ? » / « C'est une aide à l'avancée du travail, si je le fais, j'explique pourquoi je le trouve nécessaire, je ne pense pas à demander » / « Je lui ai expliqué pourquoi je voulais le faire, je le fais sauf si elle s'y oppose » / « Je n'y ai jamais pensé, à tort » / « Consentement uniquement en cas de projet de naissance particulier avec accouchement sans péridurale prévu » / « Cela est mon métier »

Dans une situation la case « autre » est cochée sans explication donnée.

Réponse à la situation RAM 1, répétée dans la situation RAM 3 : « Qui ne dit rien consent »

Réponse à la situation RAM 1, répétée dans la situation Ocytocine 2 : « J'explique toujours avant un geste, donc si pendant l'explication la patiente n'exprime pas de réticence, je ne demande pas son accord systématiquement »

Dans la situation Ocytocine 2 : « Sans contre volonté de sa part je le fais » / « Je n'y pense pas » / « Ce n'est pas dans mon habitude, je n'y avais jamais pensé auparavant » / « Sauf si projet de naissance » / « C'est un acte médical pour lequel l'accord me semble tacite » / « Sans contre volonté de sa part je le fais »

Réponse à la situation Ocytocine 2, répétée dans la situation Ocytocine 3 : « Si la patiente était contre à la base (par exemple : projet de naissance) j'explique ++ et je trace l'info et le

consentement. Sinon je ne demande pas son consentement car je considère parfois que c'est trop « technique » pour que la femme me donne son avis. Si elle n'est pas d'accord elle me le signalera sans que je lui demande (après mes explications) ».

Dans la situation RAM 3 : « Acte nécessaire » /« Explication des raisons médicales et de l'utilité de la rupture »

Réponse à la situation RAM 3, répétée dans la situation Ocytocine 3 : « Même réponse qu'auparavant : je n'y ai pas pensé... ce n'est pas dans les pratiques professionnelles » /« Aucun intérêt »

Dans la situation Ocytocine 3 : « Explication de l'utilité et des raisons médicales » et dans une situation la case « autre » est cochée, sans explication donnée.

Ainsi dans 28 réponses « autre », la raison qui peut être traduite par d'adage « qui ne dit mot consent » apparaît 10 fois.

Par un test du Chi² les réponses ne sont pas exploitables lorsque l'on compare les 4 situations entre elles car la correction de Yates est impossible (plus de 1 groupe avec n<5, et pas d'intérêt à regrouper les réponses). En revanche lorsque l'on compare entre les différentes méthodes utilisées (RAM ou perfusion d'ocytocine) le test s'applique avec une correction de Yates et nous donne le résultat suivant : p=0.73. Ainsi, supérieur à p=0.05 **les raisons évoquées en cas de non recueil du consentement ne sont pas significativement différentes en fonction de la méthode de direction du travail choisie.**

Lorsque l'on compare les raisons invoquées en fonction du caractère pathologique ou non de la situation par un test du Chi² avec une correction de Yates nous obtenons : p=0.08. Le résultat étant supérieur à 0.05, **les raisons invoquées en cas de non information ne sont pas significativement différentes en fonction du caractère pathologique de la situation.**

3.4 Traçabilité

3.4.1 Notification dans le partogramme

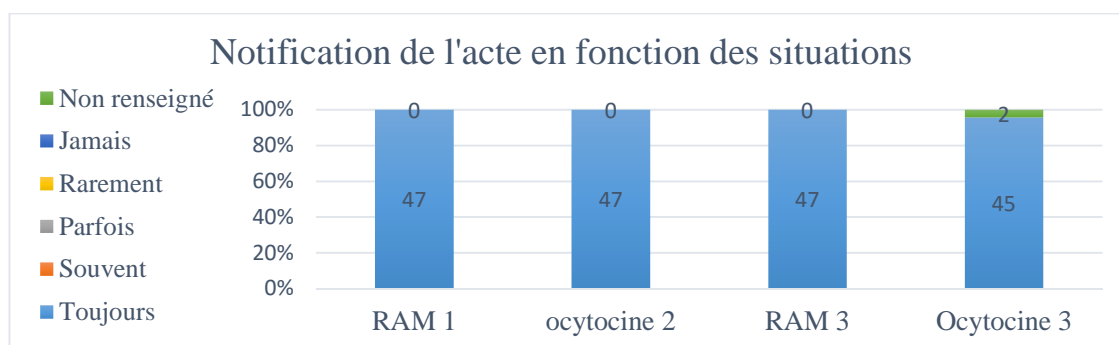


Figure 12 : notification de l'acte dans le partogramme

Dans les situations « RAM 1 », « Ocytocine 2 » et « RAM 3 » on constate que l'acte (RAM ou mise en place de la perfusion d'ocytocine) est noté de manière systématique dans 100% des situations. Et dans la situation « Ocytocine 3 » il est noté constamment dans 45 réponses sur 47. Dans les 2 autres réponses, la fréquence n'est pas renseignée.

Ainsi l'acte est noté de manière systématique dans la totalité des situations renseignées.

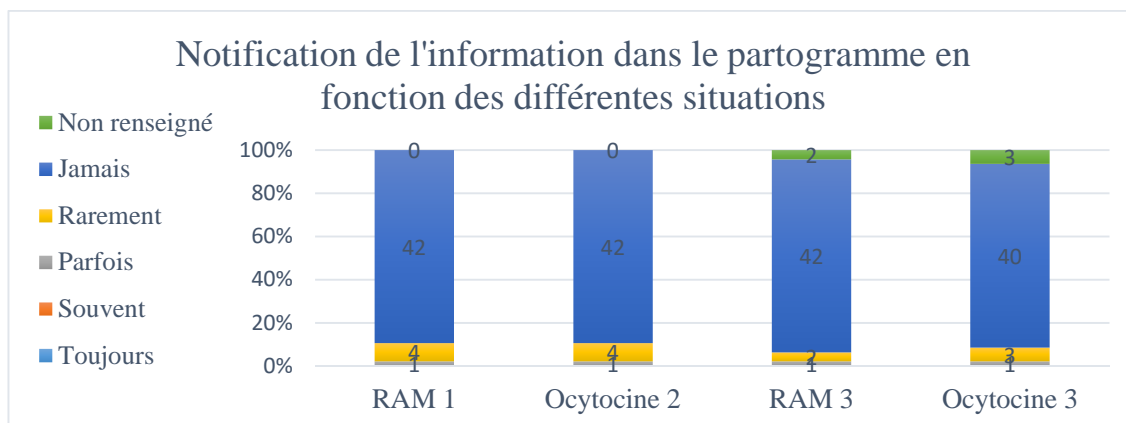


Figure 13 : Notification de l'information dans le partogramme

Dans les situations « RAM 1 » et « Ocytocine 2 » l'information de la patiente n'est jamais notée dans 42 réponse, 4 fois elle est notée « rarement » et 1 fois « parfois ».

Dans la situation de « RAM 3 » l'information de la patiente n'est jamais notée dans 42 réponses, 2 fois elle est notée « rarement », 1 fois « parfois » et la fréquence de notification n'est pas renseignée dans 2 réponses.

Dans la situation de « Ocytocine 3 » l'information de la patiente n'est jamais notée dans 40 réponses, 3 fois elle est notée « rarement », 1 fois « parfois » et la fréquence de notification n'est pas renseignée dans 3 réponses.

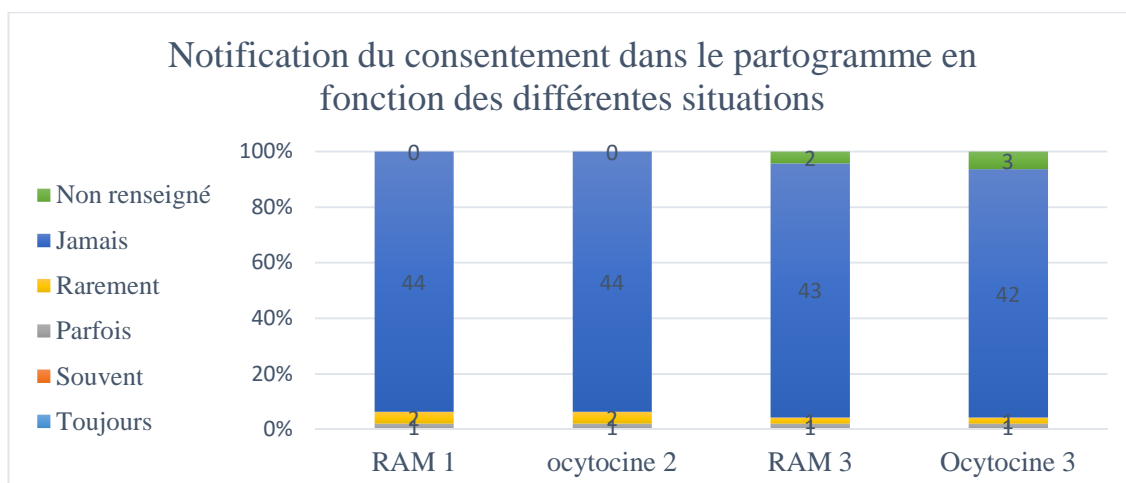


Figure 14 : notification du consentement dans le partogramme

Dans les situations « RAM 1 » et « Ocytocine 2 » le consentement de la patiente n'est jamais noté dans 44 réponses, 2 fois elle est notée « rarement » et 1 fois « parfois ».

Dans la situation de « RAM 3 » le consentement de la patiente n'est jamais noté dans 43 réponses, 1 fois elle est notée « rarement », 1 fois « parfois » et la fréquence de notification n'est pas renseignée dans 2 réponses.

Dans la situation de « Ocytocine 3 » le consentement de la patiente n'est jamais noté dans 42 réponses, 1 fois elle est notée « rarement », 1 fois « parfois » et la fréquence de notification n'est pas renseignée dans 3 réponses.

La comparaison de la fréquence de notation du consentement par un test du Chi² est impossible avec ou sans correction de Yates car même en regroupant les sous-groupes entre eux, certains obtiennent n<5.

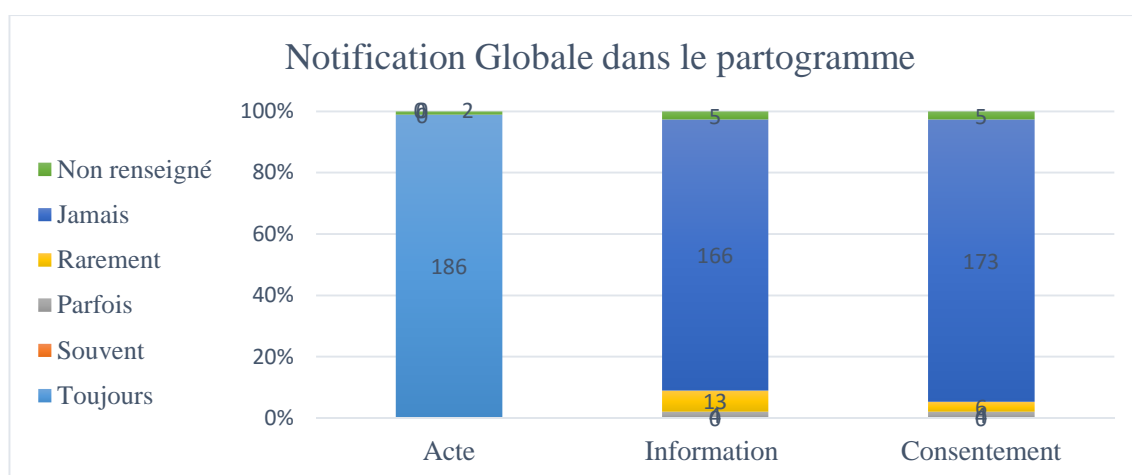


Figure 15 : notification globale dans le partogramme

L'acte est noté dans le partogramme de manière systématique dans 186 réponses et la situation est non renseignée dans 2 réponses.

L'information est notée dans le partogramme avec la fréquence « jamais » dans 166 réponses, « rarement » 13 fois, « parfois » 4 fois et la réponse n'est pas renseignée dans 5 situations.

Le consentement est noté dans le partogramme avec la fréquence « jamais » dans 173 réponses, « rarement » 6 fois, « parfois » 4 fois et la réponse n'est pas renseignée dans 5 situations.

La comparaison de la fréquence de notation de l'acte avec la notification de l'information et du consentement par un test du Chi² est impossible avec ou sans correction de Yates car même en regroupant les sous-groupes entre eux, certains obtiennent n<5.

3.4.2 Raisons invoquées en cas de non notification

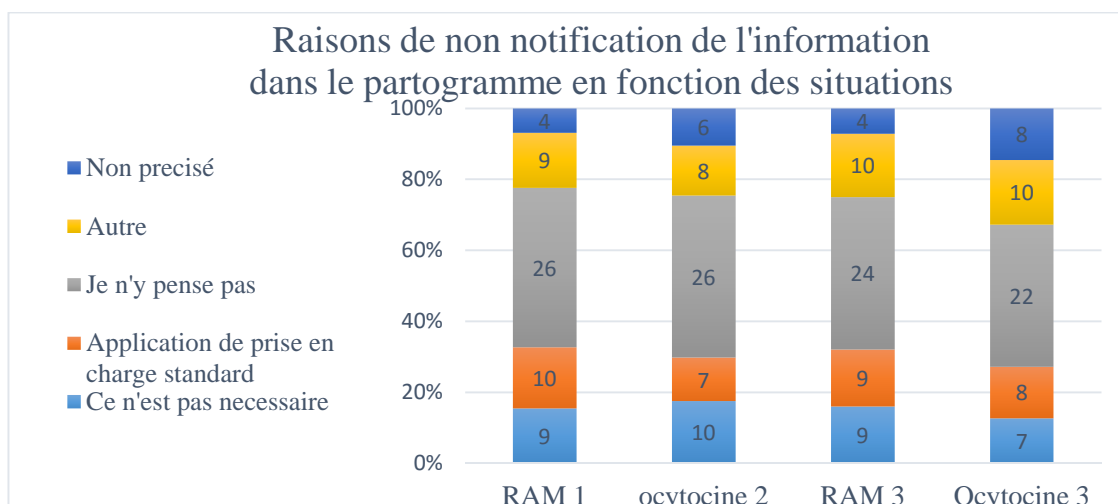


Figure 16 : Raisons de non notification de l'information dans le partogramme en fonction des situations

Dans la première situation, « RAM 1 » : les raisons invoquées en cas de non notification de l'information sont réparties de manière suivante : 26 « je n'y pense pas », 10 « application d'une prise en charge standard », 9 « ce n'est pas nécessaire », 9 « autres » et 4 réponses non renseignées.

Dans la deuxième situation, « Ocytocine 2 » : les raisons invoquées en cas de non notification de l'information sont réparties de manière suivante : 26 « je n'y pense pas », 7 « application d'une prise en charge standard », 10 « ce n'est pas nécessaire », 8 « autre » et 6 réponses non renseignées.

Dans la première partie de la troisième situation, « RAM 3 » : les raisons invoquées en cas de non notification de l'information sont réparties de manière suivante : 24 « je n'y pense pas », 9 « application d'une prise en charge standard », 9 « ce n'est pas nécessaire », 10 « autre » et 4 réponses non renseignées.

Dans la deuxième partie de la troisième situation, « Ocytocine 3 » : les raisons invoquées en cas de non notification de l'information sont réparties de manière suivante : 22 « je n'y pense pas », 8 « application d'une prise en charge standard », 7 « ce n'est pas nécessaire », 10 « autre » et 8 réponses non renseignées.

Dans 100% des cas où la case « autre » était cochée pour information, la réponse « autre » pour consentement était la même, cela était signifié par une accolade. Ainsi les réponses ci-dessous concernent aussi bien la raison d'absence de notification de l'information de la patiente que la raison d'absence de notification du consentement de la patiente dans le dossier.

Les réponses « autre » sont :

Réponses de la situation RAM 1: « *Il n'y a pas de place dans le dossier* » / « *Il y a déjà suffisamment de paperasse* »

Réponses de la situation RAM 1 répétées dans les situations Ocytocine 2, RAM 3 et Ocytocine 3: « *Pas d'intérêt de tout noter, faire confiance à l'équipe médicale, manque de temps, d'espace et d'intérêt* ». / « *Manque de place sur le partogramme, actuellement il faut toujours tout tracer ; -> confiance aux relations humaines/ arrêt des peurs* » / « *Pas de place dans le partogramme + faire confiance à l'équipe* » / « *Il n'y a pas vraiment de place dédiée à l'information et au consentement dans le partogramme* » / « *Pas d'emplacement spécifique, pas de place* »/ « *Pas de place sur le partogramme* »

Réponse de la situation RAM 1 répétée dans les situations Ocytocine 3: « *Pas de place pour noter dans le partogramme* ».

Réponse à la situation Ocytocine 2 répétée dans les situations RAM 3 et Ocytocine 3: « *Déjà bien assez de paperasse. Dans ce cas il faudrait demander pour sondage urinaire etc... Interminable !!* » / « *Pas de place !!* »

Dans la situation RAM 3: « *Pas de place !!* » / « *Toujours manque de place et manque d'habitude.* » / « *Urgence* »

Ainsi dans 37 réponses « autre », la raison invoquant un défaut de place dédiée dans le partogramme apparaît 32 fois.

En comparant les comportements dans les quatre situations vis-à-vis de la notification de l'information dans le partogramme par un test du Chi², nous obtenons un p= 0.99, ainsi p est supérieur à 0,05 et **les raisons invoquées entre les différentes situations ne sont pas statistiquement significativement différentes**. Donc, peu importe la situation, les raisons évoquées sont inchangées en fonction des situations.

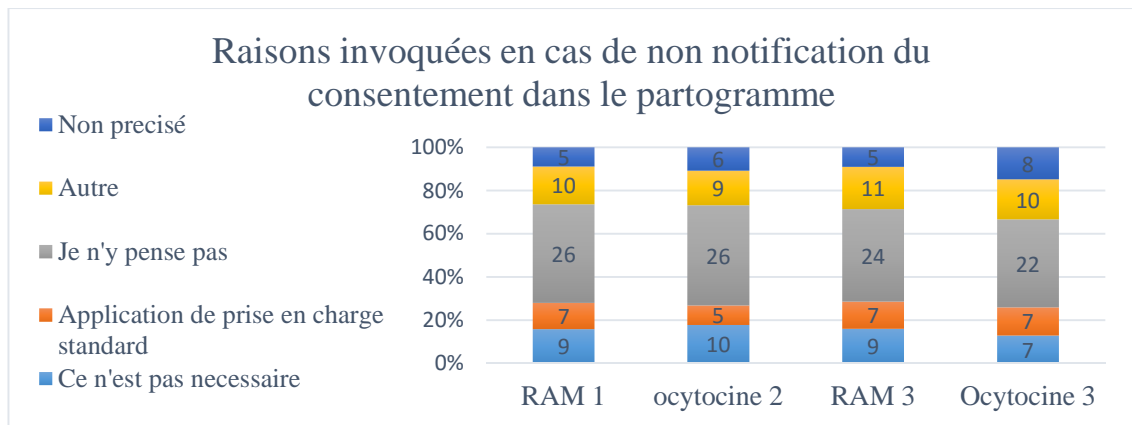


Figure 17 : raisons invoquées en cas de non notification du consentement de la patiente dans le partogramme

Dans la première situation, « RAM 1 » : les raisons invoquées en cas de non notification du consentement sont réparties de manière suivante : 26 « je n’y pense pas », 7 « application d’une prise en charge standard », 9 « ce n’est pas nécessaire », 10 « autres » et 5 réponses non renseignées.

Dans la deuxième situation, « Oxytocine 2 » : les raisons invoquées en cas de non notification du consentement sont réparties de manière suivante : 26 « je n’y pense pas », 5 « application d’une prise en charge standard », 10 « ce n’est pas nécessaire », 9 « autre » et 6 réponses non renseignées.

Dans la première partie de la troisième situation, « RAM 3 » : les raisons invoquées en cas de non notification du consentement sont réparties de manière suivante : 24 « je n’y pense pas », 7 « application d’une prise en charge standard », 9 « ce n’est pas nécessaire », 11 « autre » et 5 réponses non renseignées.

Dans la deuxième partie de la troisième situation, « Oxytocine 3 » : les raisons invoquées en cas de non notification du consentement sont réparties de manière suivante : 22 « je n’y pense pas », 7 « application d’une prise en charge standard », 7 « ce n’est pas nécessaire », 10 « autre » et 8 réponses non renseignées.

La réponse « autre » à la question de la raison de non notification du consentement de la patiente dans le partogramme était la même réponse pour les 4 situations : « Consentement non demandé donc non noté »

En comparant les comportements dans les quatre situations vis-à-vis de la notification du recueil de consentement dans le partogramme par un test du Chi², nous obtenons un p= 0.99, ainsi p est supérieur à 0,05 **et les raisons invoquées entre les différentes situations ne sont pas statistiquement significativement différentes**. Donc, peu importe la situation, les raisons invoquées sont inchangées en fonction des situations.

4 Discussion

4.1 Choix de la méthodologie

Nous avons choisi d'effectuer notre étude par le moyen de questionnaires afin d'obtenir un maximum de réponses pour élargir notre champ de recherche. Nous avons créé des scénarios afin de mettre les répondants dans des conditions concrètes et d'avoir la réponse la plus juste possible. En effet, la Méthode Des Scénarios (MDS) est une méthode applicable à tous les terrains professionnels, elle permet de parier sur la capacité des interrogés à objectiver et rationaliser leurs réponses. Elle s'appuie sur l'idée que certains interrogés seront plus en difficulté face à des situations floues mais pourront plus facilement réagir face à des situations réelles. Il faut néanmoins pour cela des questions généralisables et non des questions anecdotiques [28]. C'est pour cela que nos scénarios proposés décrivent des situations classiques rencontrées dans l'exercice quotidien des sages-femmes.

4.2 Validité de l'étude

Nous pouvons noter un certain nombre de biais pour cette étude :

Le faible taux de réponses peut poser question : nous ne sommes pas en mesure de définir si cette absence de réponses provient d'un manque d'intérêt pour le sujet ou d'un manque de disponibilité. La diffusion des questionnaires déposés en salle de naissance a pu passer inaperçue auprès de certaines sages-femmes malgré les relances téléphoniques et physiques.

En outre, la question du consentement éclairé peut être perçue comme intrusive, voire dérangeante, ce qui a pu entraîner certains professionnels à s'abstenir de répondre à notre enquête.

Ce sont des scénarios et non des situations réelles, il est donc possible que ces mises en situations ne reflètent pas exactement la réalité.

Les questions à choix multiples réduisent les possibilités de formulation puisqu'elles en proposent déjà, il est souvent plus facile de choisir des réponses proposées que de devoir les

formuler soi-même. A l'inverse, les questions ouvertes nécessitent une réflexion que les interviewés n'ont pas toujours envie de développer.

4.2.1 Relances

Malgré de nombreuses relances, seules 6 maternités sur 10 ont répondu positivement à notre demande d'enquête.

Quatre passages physiques ont été effectués dans chaque maternité à proximité afin de relancer les sages-femmes sur le terrain pendant toute la période de l'étude. Et quatre appels ont été passés à chaque maternité plus éloignée. Malgré cela, seuls 47 questionnaires sur 200 envoyés ont été retournés.

Le questionnaire était mis à disposition sur le lieu de travail. La charge de travail souvent très importante et nécessitant une forte concentration ne met pas les sages-femmes dans les meilleures dispositions de concentration vis-à-vis de l'étude. En outre, en fonction de leurs disponibilités, elles n'ont pas toujours la possibilité d'y consacrer le temps nécessaire pour apporter l'ensemble des éléments de réponse.

La multiplicité des sollicitations peut également être un frein à ce type d'enquête qui sollicite les sages-femmes sur leur temps de travail, notamment le nombre de mémoires en cours dans une même période. La région Nord Pas de Calais à elle-seule forme 70 sages-femmes par an, et donc près de 70 enquêtes peuvent avoir lieu sur la région.

4.2.2 Echantillon.

Pour que l'étude soit représentative, il aurait fallu 150 questionnaires retournés et validés. L'échantillon de notre étude n'est donc pas représentatif de la population interrogée (les sages-femmes de salle de naissance du Nord-Pas de Calais) et il ne nous a pas été possible de faire de comparaisons entre les sous-groupes.

Ainsi nous n'avons pas pu atteindre tous nos objectifs puisque nous voulions comparer les résultats en fonctions des différentes caractéristiques de notre échantillon [Figures 1 et 2]. Notre étude permet néanmoins de donner des éléments de réponse à notre question, mais devant un faible nombre de réponses, elle n'est pas généralisable.

4.3 Analyse

4.3.1 Information

On constate dans notre étude que l'information est délivrée de manière quasi systématique. En effet le « toujours » aux questions « dans cette situation, vous informez la patiente que vous allez rompre les membranes/mettre en place l'ocytocine » [Annexe I] est évoqué dans 172 réponses sur 188. Cette information reste néanmoins incomplète voire quasi nulle dans la grande majorité des cas. Les 4 critères constituant une information complète n'ont été remplis que dans 4 réponses. Ces caractéristiques ne changent ni en fonction de la méthode de direction du travail choisie, ni en fonction du caractère pathologique de la situation.

Le soignant dispose de ses connaissances acquises grâce à de longues études et il n'est pas toujours facile de donner une information complète et loyale en se mettant à portée des connaissances du soigné dont ce n'est pas le domaine d'expertise, sans donner trop de détails qui risquent plus de brouiller sa compréhension que de lui permettre un réel discernement. Madame Dominique Thouvenin définit dans un rapport de l'ANAES l'information « loyale, claire et appropriée » comme une information à la fois intelligible, honnête mais surtout adaptée à la situation propre du soigné [29]. Ainsi, loin de devoir faire un cours d'obstétrique à la patiente avant de mettre en place une direction du travail, il est primordial de s'assurer de donner une information pertinente et adaptée.

Dans notre étude nous constatons que l'absence d'information totale est extrêmement rare. Par ailleurs, il n'y a pas de consensus quant aux raisons de cette absence d'information. Une réponse invoque une information en amont [Figure 7] et l'autre simplement un oubli. Ainsi nous pouvons considérer que les sages-femmes n'omettent que très rarement d'informer leurs patientes même si cette information est incomplète.

Nous pouvons alors nous demander quelle information délivrer ? La doctrine juridique évoque une certaine controverse quant à l'information à délivrer : que doit-elle comporter ? Il apparaît acquis qu'il faut expliciter les risques fréquents (sans pour autant préciser une fréquence seuil) et les risques graves, ces derniers étant définis comme étant les risques invalidants voire mortels à la condition qu'ils soient prévisibles. Il est aussi reconnu que l'information sur les risques ne doit porter que sur les risques connus, et prévisibles [13,30]. Il est important de trouver le juste équilibre entre l'information nécessaire et celle qui pourrait être perçue comme inutilement inquiétante altérant ainsi le jugement et conduisant à faire un choix guidé avant tout par le stress.

4.3.2 Consentement

Nous avons aussi pu relever dans notre enquête, que, contrairement à l'information, le consentement n'est pas demandé de manière systématique. En effet il est, toutes situations confondues, demandé de manière systématique uniquement dans 69 réponses sur 188, soit environ dans un tiers des situations. De plus les sages-femmes interrogées indiquent ne jamais demander le consentement dans 61 réponses sur 188 [Figure 8] ce qui correspond à un tiers des réponses. Nous avons aussi cherché, lorsque les sages-femmes répondent « toujours » à savoir comment le consentement dans ce cas particulier était recueilli. Il apparaît que dans 8 réponses sur les 69 le consentement est considéré comme recueilli lorsque le refus n'est pas exprimé. Ainsi il est expressément recueilli de manière systématique dans uniquement 61 réponses sur 188.

En outre, le recueil du consentement varie en fonction du caractère pathologique ou non de la situation. En effet, il est demandé de manière systématique moins souvent lorsque la situation apparaît pathologique, sans notion d'urgence par ailleurs. Or, la loi est claire, l'absence de recueil de consentement n'est possible qu'en cas d'urgence vitale et d'incapacité du soigné (ou de sa personne de confiance préalablement désignée) à répondre [12].

Toutes situations confondues, le consentement est demandé majoritairement par une question fermée, puis il est considéré comme recueilli lorsque le refus n'est pas exprimé et enfin, il est très rarement (dans 4 réponses sur 188) recueilli par une question ouverte.

Recueilli majoritairement par une question fermée, cela ne laisse pas suffisamment de place à la patiente pour exprimer son choix. En effet demander « que voulez-vous faire ? » laisse une plus grande marge de réponse que « êtes-vous d'accord ? ». Nous devons repenser notre manière de travailler et prendre plus en considération les avis d'autrui.

Les raisons invoquées en cas de non recueil du consentement sont principalement que les sages-femmes considèrent que l'accord est « tacite » : « Si la patiente s'y oppose, elle osera exprimer son refus ». Cela sous-entend qu'une absence de négation vaut comme une affirmation. Or plusieurs cas de jurisprudence, médicale ou autre, démontrent que « qui ne dit mot » ne consent pas. L'absence de refus n'est pas une acceptation [31]. L'autre réponse dominante est que la « nécessité » de l'acte l'emporte sur le choix du patient, qui rejoint donc le principe de bienfaisance, mais uniquement sur le point de vue de la sage-femme. Dans ces réponses, transparait une conviction professionnelle qui peut être liée aux protocoles et ainsi affirmer une identité, conviction renforcée et soutenue par les habitudes de service. Se baser uniquement sur ses protocoles de service ou de prise en charge revient, pour le soignant, à ne

pas décider, ne pas s'interroger sur le sens de sa prise en charge. Ainsi nous considérons que la formulation « application d'une prise en charge standard » ne peut être acceptée. Car le consentement demande une décision de chacun : du patient et du soignant. « Ce n'est pas le doute, c'est la certitude qui rend fou »¹ [32]

On note aussi dans les réponses que la place du projet de naissance joue un rôle dans le recueil du consentement : s'il n'est pas anticipé, le consentement est trop fragile, à l'inverse, donné très en amont, la patiente peut revenir sur son consentement au moment de la décision.

Le projet de naissance serait la condition *sine qua non* d'un accord réel mais cela ne retire pas à la patiente la possibilité d'une modification de son avis. Aborder les questions qui demandent un consentement permet d'avoir une réflexion plus mûre. Ce n'est pas pour autant qu'il faille s'exonérer du recueil du consentement au moment même de la mise en place de la thérapeutique.

Il faudrait donc amener la patiente à comprendre en amont les différentes options qui peuvent lui être présentées. En effet, la direction et le déclenchement du travail sont d'une fréquence suffisamment importante pour justifier que l'on aborde systématiquement cette question en amont avec la patiente. Sans pour autant considérer comme acquis un consentement donné en amont mais en considérant également que la réflexion n'est pas suffisante lorsque l'acte de soin est proposé en temps réel comme c'est le cas actuellement en salle de naissance, il pourrait être possible de s'appuyer sur l'information déjà donnée au moment de la mise en place de la thérapeutique.

Comme le rappelle la jurisprudence, une grossesse normale ne nécessite pas une information complète sur la totalité des risques de toutes les grossesses. Par exemple on n'explique pas les risques de dystocie des épaules sur un fœtus eutrophe, sans cas de diabète [33]. Mais dès lors qu'on applique une thérapeutique quelconque, il est nécessaire d'en expliquer toute la dimension et de s'assurer du consentement du soigné.

4.3.3 Rappel de la loi

Nous remarquons dans les réponses données par les sages-femmes que certaines justifient l'absence de demande de consentement en légitimant l'absence de nécessité de cette demande. Or le recueil du consentement est obligatoire avant tout acte, qu'il soit routinier ou exceptionnel. Il faut que le patient donne son accord face à une information libre et loyale [11].

¹ Nietzsche, F., *L'Antéchrist*

Comme l'affirme l'adage « nul n'est censé ignorer la loi », il n'est pas recevable de justifier l'absence de demande de consentement en expliquant qu'on le suppose non nécessaire. En effet il est inscrit dans le code de déontologie de la profession de sage-femme qu'il incombe à la sage-femme de respecter l'obligation de formation continue notamment pour les diplômées antérieure à la loi du 4 mars 2002 (34).

4.3.4 Mise en perspective des résultats

L'étude de Madame Camille Bon [26] montre que dans la région de Marseille, les femmes se souviennent s'être vues informées dans seulement 38% des cas et s'être vues demandé leur consentement dans 20% des cas. Nos populations sont à la fois similaires et différentes : Madame Bon interrogeait des accouchées de la région de Marseille et nous avons interrogé des sages-femmes de la région Nord-Pas de Calais. Cependant nos chiffres se complètent ; on peut considérer que les accouchées ne se souviennent avoir reçu une information que lorsque celle-ci est développée et on prend en compte que, même avec un léger temps entre l'information reçue et le questionnaire de ces femmes, l'émotion de l'accouchement peut faire oublier certains détails a posteriori. Considérant les populations comme étant similaires ; pour une information partielle donnée de manière systématique dans le cas de l'utilisation de l'ocytocine dans 88% des cas, mais le contenu est partiel dans 36% des cas et quasi nul dans 47% des cas ; il est logique que les patientes ne considèrent pas toutes avoir été informées dans le cadre de la direction du travail. De plus, nous remarquons dans notre étude que le consentement face à l'utilisation de l'ocytocine est demandé à chaque fois dans 31% des cas. Ainsi il est possible, avec un biais d'oubli (et considérant nos populations différentes) que les patientes ne se souviennent avoir eu leur consentement recueilli dans seulement 20% des cas.

L'étude du CIANE présente des chiffres plus proches de ceux de notre étude avec des patientes qui se souviennent avoir été informées et dont le consentement a été recueilli à hauteur de 58% [27].

4.3.5 Traçabilité des soins

Bien que l'acte soit notifié dans la quasi-totalité des cas dans le partogramme [figure 12], il ressort que la traçabilité de l'information délivrée à la patiente et le recueil du consentement ne sont que très peu notifiés dans le partogramme [figures 13 et 14]. En effet l'obligation médico-légale amène à une traçabilité complète des soins physiques, mais qu'en est-il du soin oral ? Il faut prendre en compte que l'information est une forme de soin tout comme le fait de s'assurer du bon vouloir du patient.

4.3.6 Paternalisme du soin : la prédominance du sachant face au profane

L'idée la plus répandue jusque récemment était que le médecin (le soignant) et le patient ne pouvaient se rencontrer que dans une logique de complémentarité, mais plutôt dans un rapport hiérarchique. L'ignorance du profane devant la connaissance du soignant, la passivité et la faiblesse du malade correspondent à la puissance et la responsabilité du médecin [24].

Cette approche est aujourd'hui remise en question : même si le soignant se trouve dans une position où il est considéré comme celui qui peut et doit aider le patient, il ne peut pas utiliser ses compétences pour décider à la place d'autrui. Il établit grâce à ses connaissances un diagnostic, un pronostic (ici diagnostic de travail dystocique et pronostic de non progression du travail si aucune action n'est mise en place) mais il ne peut en aucun cas déterminer comme bon pour le patient ce qu'il estime nécessaire pour lui. Les informations données par le soignant doivent permettre au patient de décider par lui-même s'il consent ou non à ce qu'on lui propose [24].

5 Conclusion

La direction du travail est une pratique communément admise par les sages-femmes en salle de naissance, elle implique des actes de soins tels l'utilisation de l'ocytocine ou la rupture artificielle des membranes.

Il existe de nombreuses situations obstétricales nécessitant ces gestes et leur usage est relativement banal, pratiqué de manière quotidienne. La HAS (Haute Autorité de Santé) a émis des recommandations dans ce domaine [35]

Nous avons réalisé une enquête auprès des professionnels en salle de naissance. L'objectif de cette enquête était de comprendre comment le consentement est recueilli et, en cas de défaut dans la demande de consentement, d'en comprendre les raisons.

Notre étude indique que le consentement en salle de naissance dans le cadre de la direction du travail n'est pas recueilli de manière systématique et lorsqu'il est recueilli, l'information préalable est souvent incomplète.

Dans notre échantillon, il est recueilli majoritairement par une question fermée, ce qui ne permet pas à la patiente de clairement exprimer un choix. Demander « que voulez-vous faire ? » lui laisserai l'opportunité d'être plus explicite que la question « êtes-vous d'accord ? ». Nous devons repenser notre manière de travailler et prendre plus en considération les avis d'autrui.

On remarque que l'information est quasiment toujours donnée et que le consentement est souvent considéré comme recueilli si un refus n'est pas exprimé. Or, rappelons que le consentement dépend de l'information, mais que l'information ne se suffit pas à elle-même. L'accord exprès est nécessaire.

Le recueil du consentement « libre et éclairé » du patient est obligatoire. Cela est inscrit dans la loi du 4 mars 2002. Il revient au soignant d'apporter la preuve que ces éléments sont respectés. Demander le consentement, c'est respecter les principes éthiques d'autonomie, de bientraitance et de non maltraitance et de justice. Conformément à la loi, si l'information est claire, complète et adaptée au patient, celui-ci choisira en connaissance de cause. L'obligation de moyen du soignant sera ainsi respectée (son obligation consistant en une explication claire,

adaptée au patient et non une information standard). En cas de refus face à une information complète, celui-ci ne peut être incriminé pour avoir respecté le choix de son patient. Il ne pourra lui être reproché la non-assistance à personne en danger en cas de problème car toute son assistance aura été portée au soigné : il aura respecté le choix du patient en lui exposant clairement les risques et enjeux de l'absence, en cas de refus et en quoi les techniques proposées auraient aidé à résoudre le problème. Mais, pour que cela ne puisse lui être reproché, il est nécessaire de noter dans le dossier le soin oral qu'est l'information apportée. En effet, la traçabilité de l'acte nécessaire médico-légalement est systématiquement présente mais l'information et le consentement ne sont quasiment jamais tracés. Or, en cas de litige c'est la trace écrite qui fera état de preuve.

Poser la question, demander le consentement, c'est accepter que l'on puisse nous dire non. C'est accepter que malgré notre savoir, les convictions de la patiente puissent nous contredire. Accepter un refus, c'est accepter la contradiction, se remettre en question et prendre en compte le savoir du profane et accepter son libre arbitre. Si un refus de soins est exprimé, le respect du refus de soin n'est pas un cas de non-assistance à personne en danger. C'est au soignant de tout faire pour que le refus soit exprimé en toute connaissance de cause, comprendre ce qu'il se passe en cas de refus de soin et l'accepter si ce refus persiste.

Nous retiendrons qu'il est nécessaire d'anticiper pour un meilleur consentement et qu'il nous faut réfléchir à l'information la plus juste à donner : faut-il expliquer les principaux risques et avantages ? Ou tous les risques et avantages même les plus rares dans la mesure où ils restent prévisibles ? Le patient sait-il que, lorsqu'on lui demande son avis, il peut dire non ? Si la question est ouverte, le problème demeure de savoir si, avec ses propres connaissances et devant les informations données, le patient reste à même de pouvoir donner son consentement. A partir de quand pouvons-nous considérer que la personne a consenti ? Et dans quelles situations se laisser faire peut-il être perçu comme un consentement ?

Afin de compléter notre étude, il pourrait être intéressant, de nous demander si le consentement et l'information sont recueillis de manière similaire lors de la mise en place d'autres thérapeutiques moins fréquentes.

Dans un autre registre, nous pourrions également nous demander si le patient sait qu'il peut dire non.

6 Bibliographie.

- [1] D Cabrol, Pons JC, Goffinet F - Traité d'Obstétrique - Flammarion Médecine-Sciences. Flammarion - 2005 - 1154p.
- [2] Marpeau L. - Traité d'obstétrique - Elsevier Masson - Novembre 2010 - 676 p.
- [3] Merger R, Levy J, Melchior J. - Précis d'obstétrique - 6ème édition - Elsevier Masson - 2011 - 624 p.
- [4] Ricbourg A, Brugier C, Mezzadri M, et al. - Déclenchement artificiel et direction du travail - EMC Obstétrique - Avril 2012 - pages 1–17.
- [5] Dy J- Travail dystocique. In: Posner GD, Dy J, Black AY. - Accouchement & Naissance - ed Maloine - Paris - 2014 - p 193-209
- [6] Friedman E. Disordered labor: objective evaluation and management. - J Fam Pract. - juin 1975
- [7] Nadjafizadeh M. - L'hémorragie du post-partum - Vocation Sage-Femme - volume 3; issu 9, octobre 2010, Pages 24–9.
- [8] Alouini S, Mesnard L, Megier P - Procidence du cordon : prise en charge obstétricale et conséquences néonatales. - Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction - volume 6, issue 39, Octobre 2010, Pages471–7.
- [9] Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG - Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. Cochrane Database Syst Rev - 2013
- [10] CNGOF. Extractions instrumentales. 2008
- [11] Code de la santé publique - Article L1111-2. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.
- [12] Code de la santé publique - Article L1111-4. Loi n°2016-87 du 2 février 2016.
- [13] Code de la santé publique - Article L2131-4-1. Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011.
- [14] Code civil - Article 16-3. Loi n°2004-800 du 6 août 2004.
- [15] Code de la santé publique - Article R4127-306. Décret 2004-802.
- [16] Esteve V. Le devoir d'information en Gynécologie-Obstétrique. - avril 2015 ; Réalités en Gynécologie-Obstétrique(176).
- [17] Ponte C - Principe et modalités du consentement aux soins- Vocation Sage-Femme - Décembre 2013 ; issue (105): pages 43-4.
- [18] Wicclair M, White D - Surgeons, Intensivists, and Discretion to Refuse Requested Treatments - Hasting Center Report. - October 2014; pages 11-7
- [19] Truog R, Brown S, Browning D, et al. - Microethics: the Ethics of Everyday Clinical Practice. Hasting Center Report - Janvier 2015; pages 33-42
- [20] Ponte C, de Broca A - Législation Ethique Déontologie - 2eme ed - Elsevier Masson - Issy Les Moulineaux - 2013 - 264 p.

- [21] HAS. L'évaluation des aspects éthiques à la HAS [En ligne]. [Consulté le 2016 Mar 25]. Consultable à l'URL: <http://www.has-sante.fr/>
- [22] Beauchamps T, Childress J - Les principes de l'éthique biomédicale - 1979.
- [23] ANESM - La bientraitance: définitions et repères pour la mise en oeuvre. [En ligne]. [consulté le 2016 Mar 27]. Consultable à l'URL: <http://www.ansm.sante.gouv.fr>
- [24] Marzano M. Consentement du patient et éthique médicale: du paternalisme à l'autonomie. In: Marzano M - Je consens, donc je suis : Éthique de l'autonomie - Presses Universitaires de France - 2006.
- [25] Bon C, Baulan K. L'ocytocine en salle de naissance: du droit des patientes à la traçabilité de la prescription - Mémoire - Ecole de sages-femmes de Marseille - 1er septembre 2010-, 2011. 50 p.
- [26] CIANE. Expérience du déclenchement de l'accouchement. 2015.
- [27] Meyer V - La méthode des scénarios : un outil d'analyse et d'expertise des formes de communication dans les organisations. Études de communication langages, information, médiations. Décembre 2008, volume 1; issue 31 - pages 133–56.
- [28] ANAES. Information aux patients: Recommandations destinées aux médecins - 2000- pages 54-57.
- [29] Saison J. Controverse sur l'étendue de l'obligation d'information médicale. [en Ligne]. 2003 [consulté le 2016 Feb 6]. Consultable à l'URL: <https://www-dalloz-fr>.
- [30] Porchy-Simon S. Fasc. 440-30 : SANTÉ. – Responsabilité médicale. Responsabilité pour faute d'éthique médicale. Consentement libre et éclairé du patient. Secret médical [en ligne]. code civil fevrier, 2011. Consultable à l'URL : <http://www.lexisnexus.fr>
- [31] Rapport du 1er juillet 2009 des Etats généraux de la bioéthique [En ligne]. juillet, 2009. Consultable à l'URL: <https://www-dalloz-fr>
- [32] Azria E. Connaissance, incertitude et décision dans la pratique du soin. In: Hirsch E, Éthique, Médecine et Société. ed Vuibert - Paris - 2007- 892p.
- [33] Cour administrative d'appel, Aix-En-Provence [En ligne]. 2011 [Consulté le 5 mars 2016]. Consultable à l'URL: <https://www-dalloz-fr>
- [34] Code de la santé publique - Article R4127-304. Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012.
- [35]. HAS. Recommandations Professionnelles: Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'Aménorrhée.- Paris- 2008.

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire

Mémoire de fin d'études de Sage-femme : Consentement en salle de naissance

Bonjour, je suis Alice Lesieur, étudiante sage-femme en dernière année à la Faculté de Médecine et Maïeutique de l'Institut Catholique de Lille. Je réalise actuellement un mémoire sur le consentement en salle de naissance. Je vous remercie de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

Situation 1 :

Toutes les salles de travail sont occupées. S'y trouvent uniquement des parturientes primipares, aucune accouchée. Il y a deux patientes en salle de pré-travail.

Mme X, 3eme pare, 4eme geste, travail spontané. Elle entre en salle à 17h et est algique.

A l'examen vaginal on retrouve: un col effacé, souple, centré, PC appliquée, dilatation cervicale à 4cm et la poche des eaux est intacte.

L'analgésie péridurale est souhaitée et posée à 18h

19h : la patiente n'est plus algique. A l'examen elle est à 5cm

20h toujours 5cm, les Salles de naissance sont toujours occupées. Vous envisagez une Rupture artificielle des membranes.

Dans **cette situation** vous informez la patiente que vous allez rompre les membranes :

Toujours Souvent Parfois Rarement Jamais

Que lui dites-vous ?

.....
.....
.....

Si vous n'avez pas répondu « toujours »: quelles sont les raisons qui vous pousseraient à ne pas informer la patiente ? (une ou plusieurs réponses)

- Ce n'est pas nécessaire
- Barrière de la langue
- Application d'une prise en charge « standard »
- Gestion/occupation des Salles
- Je n'ai pas le temps
- Urgence
- Autre:

.....
.....

Dans **cette situation**, recueillez-vous le consentement de la patiente pour ce geste de rupture artificielle des membranes ?

Toujours Souvent Parfois Rarement Jamais

Que lui demandez-vous ?

.....
.....
.....

Si vous n'avez pas répondu « toujours »: quelles sont les raisons qui vous pousseraient à ne pas demander le consentement de la patiente ? (une ou plusieurs cases)

- Ce n'est pas nécessaire
 - Barrière de la langue
 - Application d'une prise en charge « standard »
 - Gestion/occupation des Salles
 - Je n'ai pas le temps
 - Urgence
 - Autre:
-
-

Toujours dans **cette situation** vous notez dans le partogramme :

	Toujours	souvent	parfois	rarement	jamais
l'acte					
l'information					
le consentement					

Si vous n'avez pas répondu « toujours » à l'une de ces trois propositions, quelles sont les raisons qui vous pousseraient à ne pas noter systématiquement dans le partogramme? (une ou plusieurs cases par ligne)

	ce n'est pas nécessaire	application de prise en charge "standard"	je n'y pense pas	autre raison (développez)
l'acte				
l'information				
le consentement				

Situation n° 2 :

Même patiente, même garde, les salles de travail sont toujours occupées. Il est 23h, la dilatation est complète et le fœtus se présente en OIGA. A minuit la présentation reste haute dans le bassin malgré les différentes positions. Vous décidez de mettre en place l'ocytocine.

Dans **cette situation**, informez-vous la patiente que vous allez mettre en place l'ocytocine : (une seule case)

Toujours Souvent Parfois Rarement Jamais

Que lui dites-vous ?

.....

.....

.....

Si vous n'avez pas répondu « toujours »: quelles sont les raisons qui vous pousseraient à ne pas informer la patiente ? (une ou plusieurs cases)

- Ce n'est pas nécessaire
- Barrière de la langue
- Application d'une prise en charge « standard »
- Gestion/occupation des Salles
- Je n'ai pas le temps
- Urgence
- Autre:

Dans **cette situation**, recueillez-vous le consentement de la patiente pour la mise en place de l'ocytocine ?

Toujours Souvent Parfois Rarement Jamais

Comment lui demandez-vous?

.....

.....

Si vous n'avez pas répondu « toujours »: quelles sont les raisons qui vous pousseraient à ne pas demander le consentement de la patiente ? (une ou plusieurs cases)

- Ce n'est pas nécessaire
- Barrière de la langue
- Application d'une prise en charge « standard »
- Gestion/occupation des Salles
- Je n'ai pas le temps
- Urgence
- Autre:

Dans **cette situation** vous notez dans le partogramme :

	Toujours	souvent	parfois	rarement	jamais
l'acte					
l'information					
le consentement					

Si vous n'avez pas répondu « toujours » à l'une de ces trois propositions, quelles sont les raisons qui vous pousseraient à ne pas noter systématiquement dans le partogramme? (une ou plusieurs cases par ligne)

	ce n'est pas nécessaire	application de prise en charge "standard"	je n'y pense pas	autre raison (développez)
l'acte				
l'information				
le consentement				

Situation n°3 (en deux étapes):

Autre garde :

1/ Mme Y quatrième geste, deuxième pare, entre en salle de naissance à 8h, dilatation cervicale à 4cm, col effacé, centré, souple, présentation céphalique fixée. Elle présente des contractions à la fréquence de une toutes les 3 minutes. La poche des eaux est intacte.

A 12h la dilatation cervicale stagne depuis 2h à 8cm et des anomalies du rythme cardiaque fœtal apparaissent. (Ralentissements précoces, peu profonds -nadir à 100 bpm pour un rythme de base à 130 bpm- répétés).

Vous décidez de rompre les membranes.

Dans **cette situation** vous informez la patiente que vous allez rompre les membranes :

Toujours Souvent Parfois Rarement Jamais

Que lui dites-vous ?

.....
.....
.....

Si vous n'avez pas répondu « toujours »: quelles sont les raisons qui vous pousseraient à ne pas informer la patiente ? (une ou plusieurs cases)

- Ce n'est pas nécessaire
- Barrière de la langue
- Application d'une prise en charge « standard »
- Gestion/occupation des Salles
- Je n'ai pas le temps
- Urgence
- Autre:

.....
.....

Dans **cette situation**, recueillez-vous le consentement de la patiente pour le geste de rupture artificielle des membranes?

Toujours Souvent Parfois Rarement Jamais

Que lui dites-vous ?

.....
.....
.....

Si vous n'avez pas répondu « toujours »: quelles sont les raisons qui vous pousseraient à ne pas demander le consentement de la patiente ? (une ou plusieurs cases)

- Ce n'est pas nécessaire
- Barrière de la langue
- Application d'une prise en charge « standard »
- Gestion/occupation des Salles
- Je n'ai pas le temps
- Urgence
- Autre:

.....
.....

Dans **cette situation** vous notez dans le partogramme :

	Toujours	souvent	parfois	rarement	jamais
l'acte					
l'information					
le consentement					

Si vous n'avez pas répondu « toujours » à l'une de ces trois propositions, quelles sont les raisons qui vous pousseraient à ne pas noter systématiquement dans le partogramme? (une/plusieurs cases par ligne)

	ce n'est pas nécessaire	application de prise en charge "standard"	je n'y pense pas	autre raison (développez)
l'acte				
l'information				
le consentement				

2/ Suite à la rupture des membranes, le rythme cardiaque fœtal redevient normal. A 13h, la dilatation cervicale est complète, le fœtus se présente en OIGA.

A 14h, la présentation ne descend pas malgré les différentes postures.

A 14h30, les ARCF reprennent, vous examinez la patiente mais la présentation est à peine engagée en partie haute et les essais d'efforts de poussées semblent inefficaces.

Vous décidez de mettre en place l'ocytocine.

Dans **cette situation**, vous expliquez à la patiente que vous allez mettre en place l'ocytocine :

Toujours Souvent Parfois Rarement Jamais

Que lui expliquez-vous ?

.....

Si vous n'avez pas répondu « toujours »: quelles sont les raisons qui vous pousseraient à ne pas informer la patiente ? (une ou plusieurs cases)

- Ce n'est pas nécessaire
 - Barrière de la langue
 - Application d'une prise en charge « standard »
 - Gestion/occupation des Salles
 - Je n'ai pas le temps
 - Urgence
 - Autre:
-

Dans **cette situation**, recueillez-vous le consentement de la patiente pour la mise en place de l'ocytocine ?

Toujours Souvent Parfois Rarement Jamais

Comment lui demandez-vous?

.....
.....
.....

Si vous n'avez pas répondu « toujours »: quelles sont les raisons qui vous pousseraient à ne pas demander le consentement de la patiente ? (une ou plusieurs cases)

- Ce n'est pas nécessaire
- Barrière de la langue
- Application d'une prise en charge « standard »
- Gestion/occupation des Salles
- Je n'ai pas le temps
- Urgence
- Autre:

Dans **cette situation** vous notez dans le partogramme :

	Toujours	souvent	parfois	rarement	jamais
l'acte					
l'information					
le consentement					

Si vous n'avez pas répondu « toujours » à l'une de ces trois propositions, quelles sont les raisons qui vous pousseraient à ne pas noter systématiquement dans le partogramme? (une/plusieurs cases par ligne)

	ce n'est pas nécessaire	application de prise en charge "standard"	je n'y pense pas	autre raison (développez)
l'acte				
l'information				
le consentement				

Pour mieux vous connaître

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Diplômé depuis :

- 5 ans ou moins
- 6 à 10 ans
- 11 ans et plus

Vous travaillez :

- Lille Saint Vincent de Paul
- Lille Jeanne de Flandres
- Lille Polyclinique du Bois
- Roubaix, pavillon Paul Gellé
- CH Armentières
- HPVA
- Tourcoing CH
- CH Hazebrouck
- CH Seclin
- Tourcoing Val de lys

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION ; Résultats sur demande, à partir de juillet 2016, à alice.lesieur@gmail.com

Annexe II : Autorisation d'enquête :



FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
Filière Maieutique
56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
Tél. : 03-20-13-47-36
flm-maieutique@univ-catholille.fr



DEMANDE D'AUTORISATION

pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : Alice lesieur	Date de la demande : 15 octobre 2015
--	--

DEMANDE

Sujet de la recherche :
le consentement éclairé en salle de naissance

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)
Etude retrospective quantitative multicentrique au près des sages-femmes en salle de naissance.

Lieu	
Service	Salle de Naissance
Période de l'étude	Novembre 2015
Modalités de l'étude	Questionnaire <input checked="" type="checkbox"/>
	Entretiens <input type="checkbox"/>
	Recueil de données <input type="checkbox"/>
	Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	BOITTE Piene	ROUX Christiane
Qualité :	Professeur d'éthique médicale	Assesseur Maieutique
Signature :		

AUTORISATION

Nom :		
Qualité :		
Signature :		

Remarques :

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2016

TITRE : Le consentement éclairé en salle de naissance dans le cadre de la direction du travail
AUTEUR : Alice Lesieur
Sous la direction de : M. Jean-Philippe COBBAUT

MOTS-CLES : Consentement, Information, Direction du travail, Rupture artificielle des membranes, Amniotomie, Ocytocine.

INTRODUCTION :

La direction du travail est un acte nécessitant une rupture artificielle des membranes et/ou l'utilisation d'une perfusion d'ocytocine. Comme pour toute thérapeutique il est nécessaire que le patient soit informé et consente à celle-ci. Nous nous sommes demandé comment le consentement était recueilli dans cette situation.

MATERIEL ET METHODE :

Un questionnaire sous forme de scénarios a été réalisé auprès de sages-femmes travaillant en salle de naissance.

RESULTATS :

Les résultats ont été recueillis au moyen d'un questionnaire distribué dans les maternités du Nord-Pas de Calais, 47 questionnaires nous ont été retournés. Ils montrent que le consentement est recueilli de manière systématique dans seulement un tiers des cas et principalement par une question fermée. Ce consentement est recueilli face à une information incomplète dans la quasi-totalité des situations.

CONCLUSION :

Le consentement, dans le cadre de la direction du travail, n'est pas systématiquement recueilli et l'information préalable n'est pas suffisante. Il serait utile de prévoir un temps en amont pour informer les patientes des thérapeutiques envisageables afin d'obtenir un consentement éclairé. Si le soignant recueille un refus de thérapeutique suite à une information appropriée, celui-ci ne peut pas être incriminé pour ne pas avoir mis en place le soin.

Mémoire disponible et consultable à :

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE VAUBAN
60 rue du port – 59040 Lille Cedex
Téléphone : 03-59-56-69-79
Email : contact-bibliotheque@univ-catholille.fr