



Description de l'impact de l'information et du consentement sur le vécu de l'accouchement. Étude quantitative réalisée dans un CHU de type III

Claire Coves

► To cite this version:

Claire Coves. Description de l'impact de l'information et du consentement sur le vécu de l'accouchement. Étude quantitative réalisée dans un CHU de type III. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01944386

HAL Id: dumas-01944386

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01944386>

Submitted on 18 Dec 2018

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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**DESCRIPTION DE L'IMPACT DE L'INFORMATION ET DU CONSENTEMENT
SUR LE VECU DE L'ACCOUCHEMENT**

(Étude quantitative réalisée dans un CHU de type III)

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

COVES Claire

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

DESCRIPTION DE L'IMPACT DE L'INFORMATION ET DU CONSENTEMENT SUR LE VECU DE L'ACCOUCHEMENT

(Étude quantitative réalisée dans un CHU de type III)

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

COVES Claire

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements à l'ensemble des personnes de mon entourage qui m'ont épaulé dans la rédaction de ce mémoire.

A ma directrice de mémoire, Emilie Blanchet, sage-femme hospitalière de Clermont-Ferrand, pour avoir permis la réalisation de ce travail, pour ses conseils et son soutien.

A ma co-directrice de mémoire, Michèle Balsan, sage-femme enseignante de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, pour son immense disponibilité et son aide précieuse.

A Marie Riquelme, biostatisticienne à la Délégation de la Recherche Clinique et d'Innovation, pour son accompagnement et son dévouement dans la rédaction de la partie « Résultats ».

Aux patientes ayant accepté de participer à cette étude, pour le temps qu'elles m'ont consacré ainsi que pour leur investissement.

A mes parents et à François, pour m'avoir épaulée et encouragée au fil de ces années de formation.

GLOSSAIRE

APD : Anesthésie Péridurale

CC : Code Civil

CD : Code de Déontologie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIANE : Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNSF : Conseil National des Sages-Femmes

CSP : Code de la Santé Publique

FIGO : Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

OMS : Organisme Mondial de la Santé

RAM : Rupture Artificielle des Membranes

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SSPT : Syndrome de Stress Post Traumatique

TV : Toucher Vaginal

VVP : Voie Veineuse Périphérique

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

REVUE DE LA LITTERATURE

I.	La législation.....	3
1.	Histoire du droit d'information et de consentement	3
2.	Législation sur l'information.....	4
3.	Législation sur le consentement	7
4.	La personne de confiance.....	8
5.	Refus de consentement, refus de soins.....	8
6.	Poursuite en cas de défaut d'information et de consentement	8
II.	Informations et consentements en salle de naissance	9
1.	Le monitoring en continu.....	9
2.	L'anesthésie péridurale	10
3.	L'oxytocine	11
4.	L'amniotomie.....	12
5.	Les postures.....	13
6.	Le toucher vaginal.....	13
7.	L'épisiotomie	14

METHODOLOGIE

I.	L'étude et objectifs	16
1.	Type, durée et lieu de l'étude	16
2.	Partenaires de l'étude	16
3.	Les objectifs	16
II.	Méthode	17
1.	Matériels.....	17
1.1	La population d'étude et le protocole d'échantillonnage.....	17
2.	Méthode.....	18
2.1	Le recueil des données.....	18
2.2	L'analyse des données	19
2.3	Les aspects éthiques et réglementaires	19

RESULTATS

I.	La population étudiée.....	21
II.	Information et consentement	23

1. La voie veineuse périphérique	23
2. Le monitoring fœtal	23
3. L'oxytocine (Syntocinon®)	23
4. L'anesthésie péridurale	24
5. La rupture artificielle des membranes	24
6. Le toucher vaginal	24
7. L'épisiotomie	25
III. Le vécu de l'accouchement	26
1. Postures et mobilisation	26
2. Le projet de naissance	26
3. La présence d'un accompagnant	27
4. Les droits	28
5. Le score de l'état de stress post traumatique	29
IV. Lien entre l'information et le consentement	29
V. Lien entre le score de syndrome de stress post traumatique et le vécu de l'accouchement	30
1. L'âge	30
2. La parité	30
3. Actrice et autonome	31
4. Respect des droits du patient	31
5. Informations et accompagnement de la sage-femme	32

DISCUSSION

I. Les limites de l'étude	33
1. Concernant l'échantillon	33
2. Concernant le mode de recueil des données	34
3. Concernant le questionnaire	34
II. Discussion des résultats de l'étude	35
1. Les caractéristiques de la population	35
2. L'information et le consentement	36
2.1 Le monitoring en continu	36
2.2 La perfusion d'ocytocine (Syntocinon®)	37
2.3 L'analgésie péridurale	38
2.4 La rupture artificielle des membranes	39

2.5	Les touchers vaginaux	39
2.6	L'épisiotomie	40
2.7	La mobilisation et les postures pendant le travail	41
2.8	Conclusion	43
3.	Les conséquences d'un défaut d'information et de consentement	43
3.1	En France	43
3.2	Dans le monde	49
III.	Les perspectives	51

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

Le patient dispose de droits que l'on retrouve dans la loi Kouchner du 4 mars 2002. Cette loi insiste sur le consentement libre et éclairé ainsi que sur le devoir d'information.

Durant le déroulé du travail d'accouchement, les femmes souhaitent être informées de façon juste et claire sur l'état de l'enfant, les effets secondaires des interventions et des médicaments prescrits, sans qu'elles aient à le demander expressément (1).

Cependant, selon une étude du CIANE :

- 15% des patientes n'ont pu bénéficier ni d'information, ni d'une demande de consentement concernant le déclenchement.
- En cas d'accouchement non déclenché, une femme sur quatre recevrait de l'oxytocine pour accélérer le travail sans en avoir été informée.
- Seulement 15% des épisiotomies sont effectuées après avoir demandé l'autorisation des femmes. Cela démontre que l'information sur la procédure, sans parler du consentement, n'a pas été fournie dans une proportion significative des cas (2-4).

Le manque d'informations et le fait qu'on ne demande pas leurs avis aux futures mères semblent être des facteurs aggravants d'un souvenir difficile de l'accouchement (4).

Selon les témoignages, on peut lire « je n'ai pas consenti », des patientes racontent comment un médecin ou un gynécologue n'a pas demandé ou respecté leur accord avant d'effectuer un acte médical. Certaines parlent d'humiliation, beaucoup de douleur (5).

Les violences obstétricales sont actuellement dénoncées. Selon une étude du Regroupement Naissance Renaissance, l'absence de consentement libre et éclairé est une composante centrale de la maltraitance obstétricale. Il peut s'agir d'une absence, totale dans certains cas ou partielle dans d'autres, de recueil du consentement à un geste posé (6).

Il paraît important de faire prendre conscience à certains professionnels des répercussions physiques et psychologiques sur le long terme qu'engendrent leurs comportements (7).

Plusieurs problématiques en découlent : Est-ce que les patientes se sentent suffisamment informées en salle de naissance ? Est-ce que leur consentement est obtenu au préalable ? Existe-il un lien entre l'information et le consentement ? Le vécu de l'accouchement est-il impacté par le respect des droits de la patiente ?

Dans un premier temps, une revue de la littérature a été réalisée. La législation sur l'information et le consentement, ainsi que son application avant la pratique d'actes médicaux et de soins ont été traités.

Dans un second temps, nous exposerons une analyse statistique des résultats concernant l'étude réalisée dans un centre hospitalier de type III.

Pour finir, une discussion a été élaborée à partir des résultats de ce travail. Une perspective d'amélioration sera alors proposée.

REVUE

DE LA

LITTERATURE

I. La législation

1. Histoire du droit d'information et de consentement

Le 28 janvier 1942: arrêt Teyssier. Pour la première fois, le droit du malade est reconnu. En effet, avant chaque examen ou mise en place d'une thérapeutique, le consentement du patient doit être recueilli.

Le 31 juillet 1991:

La loi n° 91-748 portant réforme hospitalière consacre le droit à l'information :

- le Code de déontologie médicale précise : *"Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension"* (art. 35) ; *"Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas"* (art. 36).
- le Code civil : *"Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir"* (art. 16-3 et 16-1).
- la charte du patient hospitalisé, titre IV : *"aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, hors le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n'est pas à même de consentir"*.

Le patient peut refuser un acte médical ou la mise en place d'un traitement. Lorsque ce cas se présente, le médecin doit informer le patient des risques du refus mais il doit respecter le choix de celui-ci d'après l'article 36 du Code de déontologie médicale.

29 juillet 1994: La loi n° 94-653 de bioéthique relative au respect du corps humain est introduite dans le Code civil. Le praticien doit recueillir le consentement du patient avant la mise en place de thérapeutiques.

6 mai 1995: la charte du patient hospitalisé instaure le fait que "le patient hospitalisé n'est pas seulement un malade, il est avant tout une personne avec des droits et des devoirs".

Automne 1998 - juin 1999: les patients ne sont pas satisfaits par les droits dont ils disposent. Il est donc primordial d'améliorer les droits des patients pour répondre à leurs attentes.

4 mars 2002: la loi n° 2002-303, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, est promulguée.

8 septembre 2003: Arrêté relatif à la charte des droits et libertés de la personne qui donne droit entre autres à l'information et au libre consentement avant la réalisation des actes médicaux (8,9).

2. Législation sur l'information

La Loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner) consacre deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, le droit du patient d'être informé sur son état de santé (article L.1110-2 du Code de la Santé Publique).

Le professionnel de santé avait l'obligation d'informer et d'obtenir le consentement du patient, cependant l'information reçu par le patient était insuffisante et peu claire.

La loi Kouchner a apporté des renseignements supplémentaires au sujet de l'information devant être délivrée au patient.

Actuellement, le défaut d'information du patient est la principale cause de remise en question de la responsabilité des établissements et praticiens de santé.

Toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé, et plus précisément sur :

- les différents traitements, actes et investigations proposés ;
- leur utilité ;
- leur nécessité ou leur urgence éventuelle ;
- leurs conséquences directes et celles en cas de refus ;
- leurs risques fréquents ou graves normalement prévisibles ;
- l'existence d'alternatives.

La forme (art 35 CD, Charte du patient hospitalisé) : loyale, claire, appropriée dans un langage compréhensible par le patient

Le contenu (art. 35 CD, art. L 1111-2 CSP) porte sur :

- l'acte diagnostic et la possible marge d'erreur de ce diagnostic ;
- la maladie et son évolution ;
- les investigations nécessaires, leurs urgences et leurs risques possibles ;
- la nature, les conséquences, les risques résiduels, le degré d'urgence des éventuelles thérapeutiques, des soins nécessaires et à venir et des actes de prévention ;
- les conséquences prévisibles en cas de refus de soins.

Les limites du contenu: seuls les risques fréquents ou graves normalement prévisibles doivent être portés à la connaissance du patient.

Les conditions d'application: Obligation hormis :

- le cas d'urgence : les soins du patient priment dans son intérêt ;
- en cas d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé ;
- en fonction de l'intérêt du patient : Art 35 CD « *dans l'intérêt du patient et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave* ». Mais cette possibilité ne s'applique pas si l'affection expose des tiers à un risque de contamination.

Les exceptions :

- un risque exceptionnel doit faire le sujet d'une information dès lors qu'il serait particulièrement handicapant ;
- les actes médicaux dits de « convenance ou de confort » tels que la péridurale. Les juridictions ont affirmé que l'information devait être complète et étendue, portant sur les risques normaux ou graves mais aussi sur tous les risques bénins même exceptionnels ;
- réglementation particulière pour certains actes : IVG, prélèvements d'organes, recherches biomédicales.

Qui doit informer ? L'ensemble des médecins collaborant à la prise en charge du patient (art. 64 CD) : le médecin prescripteur, le médecin réalisant l'acte.

Qui doit être informé ?

- le malade (art. 35 CD) ;
- les proches dans des circonstances définies (art. 35 et art. 36 CD) ou un tiers désigné ;
- le patient mineur ou le malade protégé (art. 42 du CD – Loi 4 mars 2002 art. L1111-5). Le mineur se voit reconnu un droit au secret et un droit au consentement aux soins distincts de celui exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. Dans le cas où l'enfant maintient son opposition à la consultation de l'avis parental, le mineur doit désigner un majeur de son choix ;
- la personne de confiance (art L 1111-4 et art. L 1111-6 du CSP).

Comment informer ?

- L'entretien individuel permet de délivrer une information personnalisée adaptée au patient. Cet entretien peut se faire en présence d'un accompagnant (il est recommandé de faire appel à un interprète ou à un assistant de communication professionnel dans le cas d'une personne étrangère ne maîtrisant pas le français ou d'une personne en situation de handicap sensoriel), ou de la personne de confiance (art L.1111-6 CSP).
- L'usage de documents écrits peut être employé mais n'est pas obligatoire. Néanmoins, l'information donnée par écrit peut être un complément de l'information délivrée oralement.

La preuve de l'information (loi du 4 Mars 2002 ; art L 1111-2 CSP) : l'administration de la preuve peut se faire par tout moyen :

- témoignages ;
- écrits, émanant du médecin lui-même tel un courrier adressé à un confrère (Cass.Civ, I, 10 juil. 1995) ;
- sous la forme de présomptions, c'est-à-dire un ensemble de faits, circonstances ou d'éléments.

Il appartient au professionnel d'apporter la preuve de l'information (depuis 1997, confirmé par la Loi du 4 mars 2002) (10).

3. Législation sur le consentement

Forme :

- Le consentement est libre et éclairé (Loi du 4 mars 2002, art. L 1111-4),
- Le consentement est tacite c'est-à-dire que tout comme l'information, il est oral.

Qui donne le consentement ?

- patient majeur et capable ;
- mineur : par un des titulaires de l'autorité parentale pour les actes usuels et par les deux titulaires pour d'autres actes (chirurgicaux) ;
- majeur sous tutelle : la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 pose le principe d'autonomie de la personne selon lequel le majeur protégé prend lui-même des décisions touchant à sa personne et en particulier vis à vis de sa santé. Le consentement doit être systématiquement recherché si la personne sous protection juridique « *est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* ».

Toutefois, la personne sous protection juridique peut être représentée ou assistée pour certains actes, si le juge l'a prévu (art 459 alinéa 2 CC).

- majeur ne pouvant exprimer sa volonté : en l'absence de caractère d'urgence, « *aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté* ». (art. L1111-4 CSP) ;
- personne de confiance : définie par l'article L. 111-6 CSP. désignée par le patient majeur. Il peut s'agir d'un parent, d'un proche ou du médecin traitant. Elle assiste le patient si ce dernier le désire « *dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions* » et doit être consultée dans le cas où le patient serait « *hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin* ».

Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment (10).

4. La personne de confiance

La personne de confiance joue un rôle majeur dans l'accompagnement. Elle peut aider la patiente à prendre une décision concernant sa santé. Il est conseillé d'informer l'accompagnant par écrit des directives anticipées dans le cas où la patiente ne pourrait plus les exprimer. Il peut s'agir par exemple du conjoint de la patiente ou encore d'un parent (11).

5. Refus de consentement, refus de soins

En cas de refus de soins, il faut rechercher la bonne compréhension de l'information par le patient et s'assurer que celui-ci n'est pas dépressif ou anxieux. Le praticien doit informer le patient des conséquences de son refus.

Si le refus est confirmé, il faut :

- une attestation écrite de refus de soin par le patient ;
- envoyer un courrier au patient et au médecin traitant ;
- laisser un temps de réflexion ;
- informer la famille, les proches ou la personne de confiance avec l'accord du patient ;
- relater les faits dans le dossier médical (10).

6. Poursuite en cas de défaut d'information et de consentement

L'information et la recherche du consentement constitue une obligation pour le professionnel de santé.

Leur défaut engage la responsabilité pénale, civile et/ou administrative :

- Pénale en cas d'expérimentation biomédicale, de prélèvements d'organes ou de tissus, d'IVG...
- Civile dans tous les cas = manquement aux obligations du médecin.
- Administrative : faute engageant la responsabilité de l'établissement hospitalier (11).

On retrouve dans l'actualité la première sanction ordinaire pour défaut d'information. Une sage-femme a été condamnée pour n'avoir pas informé une patiente avant de réaliser une épisiotomie. Cette professionnelle a été sanctionnée par un blâme le 5 janvier 2018. L'accouchement de la patiente a été vécu comme traumatisant, celle-ci ne s'étant pas sentie respectée. Une rupture artificielle des membranes a été réalisée malgré le refus de la patiente, un sondage urinaire évacuateur a été pratiqué sans que la parturiente en soit informée, une expression abdominale et une épisiotomie ont été subies par Marianne Rey-Fouché (12).

II. Informations et consentements en salle de naissance

1. Le monitoring en continu

L'objectif du monitoring en continu est de surveiller le rythme cardiaque fœtal pour déceler une asphyxie, et enregistrer les contractions utérines. Cependant, la cardiotocographie en continu empêche les femmes de déambuler librement lors du travail, de changer de position facilement ou encore d'utiliser une piscine de naissance. Les professionnels de santé se concentrent sur la nécessité d'interpréter le rythme cardiaque fœtal et non sur les besoins de celle-ci. Il est important qu'elles partagent avec la sage-femme leurs souhaits concernant la surveillance du bien-être fœtal pendant le travail.

La cardiotocographie en continu a été comparée au monitoring intermittent, et les résultats de cette étude sont les suivants:

- une diminution du taux de convulsions néonatales, et une augmentation du taux de césarienne et d'extractions instrumentales en cas de monitoring en continu ;
- pas de différence dans la paralysie cérébrale ni dans la mortalité infantile.

Il est donc essentiel de faire connaître ces résultats aux femmes pour leur permettre de prendre une décision éclairée sans compromettre la normalité du travail.

Il est aussi possible de surveiller le rythme cardiaque fœtal de manière intermittente grâce à un dispositif appelé Sonicaid ou grâce à un stéthoscope de Pinard. La surveillance du travail discontinue ne peut se concevoir que pour une patiente à bas risque et elle nécessite la présence d'une sage-femme par parturiente.

Compte tenu des pratiques obstétricales actuelles et du personnel disponible en salle de naissance, il est recommandé d'utiliser la surveillance continue en phase active du travail (13,14).

2. L'anesthésie péridurale

La péridurale présente des avantages ainsi que des inconvénients.

Cette dernière permet à la patiente d'accoucher avec confort tout en lui permettant de vivre la naissance en pleine conscience. L'analgésie permet aussi le recours à certains gestes médicaux, comme l'extraction instrumentale ou l'épisiotomie, sans ressentir de douleur.

Néanmoins, la péridurale peut prolonger l'accouchement en provoquant une diminution des contractions utérines. Dans certains cas, l'analgésie nécessite l'utilisation d'oxytocine pour redonner des contractions utérines, et d'une extraction instrumentale pour aider le bébé à sortir.

Les effets indésirables sont :

- une sensation de chaleur dans la partie basse du corps ;
- des difficultés à bouger les jambes ;
- des tremblements ;
- des difficultés à uriner nécessitant des sondages urinaires évacuateurs ;
- une baisse de la pression artérielle voire des sensations de vertige ;
- des maux de tête après l'accouchement ;
- une douleur au point d'insertion du cathéter (15).

Est-ce que le recours à l'analgésie péridurale est un acte choisi ou un acte imposé aux femmes ?

En 2015, l'INSERM a publié de nouveaux résultats pour répondre à cette question. Un quart des femmes ne souhaitaient pas accoucher avec une analgésie péridurale, néanmoins seulement la moitié d'entre elles a pu réaliser ce souhait. On constate qu'une partie de ces femmes a finalement changé d'avis au cours du travail, et a pu avoir recours à la péridurale. Cependant, selon l'enquête, la volonté de certaines patientes n'a pas été respectée par manque d'organisation dans la prise en charge des femmes désirant un accouchement moins médicalisé. Selon l'étude, le non-respect du choix d'accouchement sans analgésie est souvent dû à une surcharge du travail des sages-femmes et à l'utilisation de l'oxytocine lors du travail (16).

3. L'oxytocine

L'administration d'oxytocine peut engendrer de nombreux effets indésirables dont l'impact sur la mère et le bébé est plus ou moins important.

Les effets indésirables maternels sont :

- l'hyperactivité utérine ;
- la rupture utérine ;
- l'hémorragie du post-partum ;
- une ischémie myocardique en cas de changement hémodynamique rapide surtout si la patiente présente une maladie cardiovasculaire ;
- en cas de perfusion trop prolongée, un effet antidiurétique avec intoxication transitoire par l'eau, céphalées et nausées ;
- en cas d'injection intraveineuse rapide, une hypotension immédiate transitoire avec flush et tachycardie réflexe ;
- en cas d'injection intraveineuse rapide à des doses élevées, un allongement de l'intervalle QTc ;
- en cas de surdosage, une hypertonie utérine et une souffrance fœtale réversible ;
- plus rarement, des nausées, vomissements, troubles du rythme, coagulation intravasculaire disséminée, rash, réaction ou choc anaphylactique.

Les effets indésirables fœtaux et néonataux :

- les anomalies du RCF liées à une hyperactivité utérine ;
- l'hyponatrémie néonatale ;
- l'ictère néonatal ;
- les difficultés de succion ;
- l'autisme.

L'oxytocine doit être administrée par voie veineuse et sous contrôle médical strict. Il faut mettre un monitoring en continu de l'activité utérine et du rythme cardiaque fœtal (17).

Une enquête du CIANE a cherché à connaître si l'administration d'oxytocine était consentie par la patiente. Ainsi il a été demandé aux patientes dont l'accouchement n'a pas été déclenché, par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne, si elles avaient reçu de l'oxytocine. Les résultats sont les suivants:

- 34% des patientes ont reçu de l'oxytoxine ;
- 8% ne savent pas si elles en ont reçu ;
- 58% disent ne pas en avoir eu.

Cependant, selon l'enquête nationale périnatale de 2010, l'oxytocine est utilisée dans 58% des accouchements non induits. La conclusion est qu'une femme sur quatre recevrait de l'oxytocine pour accélérer le travail sans en avoir été informée. Cette étude a permis de démontrer que dans une proportion significative des cas, l'information concernant l'administration de cette thérapeutique n'a pas été fournie et le consentement n'a pas été recueilli (2,4).

4. L'amniotomie

Le but de la rupture artificielle des membranes, appelée aussi amniotomie, est d'accélérer et de renforcer les contractions utérines pour ainsi diminuer la durée du travail d'accouchement. Au cours d'un toucher vaginal, les membranes sont perforées avec un crochet. La rupture des membranes libère des produits chimiques et des hormones qui stimulent les contractions. Néanmoins, peu de preuves indiquent qu'une durée plus courte du travail soit bénéfique pour la mère et son bébé. L'amniotomie pourrait engendrer des troubles du rythme cardiaque fœtal (18).

5. Les postures

Dans les pays développés, les patientes sont dans la majorité des cas installées en décubitus dorsal durant la première phase du travail. Cependant, la position à plat dos diminue l'intensité des contractions utérines par rapport à une position verticale, or les contractions utérines permettent la dilatation du col et la descente fœtale dans le bassin. Pour le personnel de santé, il semble plus pratique que la patiente soit en position allongée durant le travail pour réaliser le monitoring fœtal et l'analgésie péridurale. De plus, les perfusions intraveineuses limitent la mobilité. Selon une méta-analyse de la Cochrane, la première phase du travail serait plus courte d'une heure si la patiente était en position verticale et déambulait.

Concernant l'accouchement, les femmes doivent accoucher de manière confortable, préférentiellement en position verticale (à genoux, debout ou accroupie).

Néanmoins dans les pays occidentaux, les femmes accouchent dans la majorité des cas en décubitus dorsal avec les jambes sur les étriers. Selon une méta-analyse de la Cochrane, cette position augmenterait le risque d'avoir un accouchement assisté: extraction instrumentale et épisiotomie (19,20).

6. Le toucher vaginal

Le toucher vaginal évalue les modifications du col au cours du temps. Il est ainsi possible de suivre les différents paramètres :

- du col (position, longueur, consistance, dilatation) ;
- de la présentation (hauteur, variété) ;
- des membranes (poche des eaux bombante ou plate).

Les touchers vaginaux sont néanmoins à risque d'infection, de saignement ou encore de rupture des membranes.

Il faut informer la patiente et respecter ses désirs d'intimité. Il faut réfléchir à la justification du geste afin d'éviter les risques ci-dessus, respecter les normes hospitalières d'hygiène et celles plus spécifiques liées à ce geste.

Selon les nouvelles recommandations de la HAS concernant l'accouchement normal, il faut proposer à la patiente un TV lors de son admission. Ce geste ne doit pas lui être imposé. Lors du premier stade du travail, il convient de proposer toutes les deux à quatre heures un TV. Le TV peut être réalisé plus tôt si la parturiente en éprouve le besoin, ou s'il y a le moindre signe d'appel (14,21,22).

7. L'épisiotomie

D'après le CIANE, on observe une diminution nette de la proportion de femmes déclarant ne pas avoir reçu d'information:

- aucune information: 43% avant 2005
- 29% entre 2010 et 2013 (4).

Il faut informer au préalable la patiente que, dans certaines situations, l'épisiotomie peut être nécessaire.

La sage-femme ou l'obstétricien peut être amené à réaliser ce geste face aux contextes suivants :

- une manœuvre obstétricale ;
- une suspicion de macrosomie ;
- une extraction instrumentale ;
- une variété postérieure, présentation de la face, présentation du siège ;
- un accouchement gémellaire ;
- lorsque le périnée semble sur le point de se rompre au moment de l'expulsion ;
- un antécédent de lésions périnéales du troisième ou quatrième degré ;
- un antécédent de mutilations.

Une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur selon un accord professionnel.

Cette dernière doit être réalisée en médio-latéral, au petit couronnement, lors d'un effort expulsif ou lors d'une contraction utérine, selon un accord professionnel.

Les inconvénients de l'épisiotomie :

- plus d'hémorragies du post-partum ;
- les traumatismes fœtaux ;
- plus de douleurs périnéales dans le post-partum immédiat ;
- plus de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum ;
- plus de complications locales (granulomes, endométriose de la cicatrice).

Il ne semble pas que la réalisation d'une épisiotomie protège du risque de déchirure sévère du périnée (troisième ou quatrième degré) puisqu'il n'existe pas de différence sur ce critère entre une politique restrictive et une politique libérale (Grade B) (23).

Le CIANE a souhaité évaluer en 2005 (date à laquelle le CNGOF a publié des recommandations contre l'épisiotomie systématique) si le consentement a été demandé au préalable avant la réalisation de l'épisiotomie.

D'après les résultats, seulement 15% des épisiotomies sont effectuées après avoir demandé l'autorisation des femmes.

Certains progrès sont à noter en ce qui concerne le taux d'information sur l'épisiotomie, mais pas sur le consentement, car la décision reste entre les mains des professionnels (4).

METHODOLOGIE

I. L'étude et objectifs

1. Type, durée et lieu de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive de type transversale monocentrique. L'étude a été réalisée dans un CHU de type III de la région Auvergne Rhône-Alpes du 11 Octobre 2017 au 26 Novembre 2017.

2. Partenaires de l'étude

Les partenaires de l'étude sont :

- Emilie Blanchet, sage-femme diplômée d'état (directrice de mémoire)
- Michèle Balsan, sage-femme enseignante à l'école de Sage-femme de Clermont-Ferrand (co-directrice de mémoire).

3. Les objectifs

L'objectif principal est de :

- Savoir si une information a été donnée et si un consentement a été recueilli par la sage-femme avant la réalisation d'un acte médical ou de soins.

Les objectifs secondaires sont de:

- Evaluer s'il existe un lien entre l'information et le consentement de la patiente,
- Evaluer la place qu'occupe le devoir d'information et de consentement des sages-femmes dans le vécu de l'accouchement de la patiente.

II. Méthode

1. Matériels

1.1 La population d'étude et le protocole d'échantillonnage

a- Population cible

La population cible de l'étude est définie par l'ensemble des femmes en Secteur Mère-Enfant ayant accouché dans un CHU de type III de la région Auvergne Rhône-Alpes.

b- Population source

Critères d'inclusion :

- les patientes majeures ;
- les patientes maîtrisant la langue française ;
- les patientes hospitalisées en secteur Mère Enfant dans ce CHU ;
- les patientes hospitalisées depuis au moins 48 heures (après leur 2^{ème} jour d'hospitalisation) ;
- les patientes volontaires pour participer à l'étude.

Critères d'exclusion :

- les patientes ayant eu une césarienne ;
- les patientes dont le nouveau-né est hospitalisé en néonatalogie, soins intensifs ou réanimation ;
- les patientes dont l'issue néonatale a été négative : mort néonatale ou mort fœtale in utero.

2. Méthode

2.1 Le recueil des données

a- Les critères évalués

Les données recueillies ont concerné :

- l'information reçue avant la réalisation d'un acte médical ou de soins ;
- le consentement recueilli avant la réalisation d'un acte médical ou paramédical ;
- l'impact sur le vécu de l'accouchement évalué selon l'échelle de l'état de stress post traumatique.

Les divers actes médicaux et de soins réalisés par la sage-femme en salle de naissance ont été listés dans le questionnaire. Les actes concernés sont les suivants : la pose d'une voie veineuse périphérique, le monitoring en continu, la mise en place d'une analgésie péridurale, l'administration d'oxytocine (Syntocinon®), la rupture artificielle des membranes, la réalisation du toucher vaginal, la pratique de l'épisiotomie, les postures et la mobilisation.

Il a été demandé à la patiente, au sujet des actes médicaux et de soins dont elle a bénéficié, si une information a été donnée et si un consentement a été recueilli avant sa réalisation.

Puis, la patiente devait répondre à une échelle permettant d'évaluer l'état de stress post traumatique pour déterminer le vécu de son accouchement.

La parturiente avait alors le choix de laisser un commentaire final pour apporter des remarques au sujet de l'étude.

b- Le mode de recueil des données et le circuit des données

Toutes les mères répondant aux critères d'inclusion et étant hospitalisé en secteur Mère Enfant entre le 11 Octobre 2017 et 26 Novembre 2017 ont été sollicité pour participer à cette étude. Le recrutement s'est effectué dans le service de maternité par moi-même.

Une lettre d'information et de consentement à remplir leur a été remise directement ainsi que le questionnaire. Un deuxième passage le lendemain ou surlendemain permettait de récupérer ces documents.

c- Le codage des données

Le codage des données a été effectué sur le logiciel Excel avec une cotation de 0 à 5.

d- La saisie des données

La saisie des données a été effectuée par moi-même. Par la suite, celles-ci ont été rentrées directement sur le logiciel Excel à partir de mon ordinateur personnel.

e- Le contrôle qualité des données

Je me suis assurée qu'il n'y ait aucun doublon dans les données.

2.2 L'analyse des données

Toutes les analyses ont été réalisées en formulation bilatérale pour un risque d'erreur de première espèce de 5% sous le logiciel SAS version 9.3 (SAS Institute, North California, USA). Une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification (p) était inférieur à 0.05 (risque $\alpha=5\%$). Les réponses au questionnaire sont décrites par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne $\pm$ écart-type ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique (normalité étudiée par le test de Shapiro-Wilk).

Les comparaisons entre questions ont été réalisées avec les tests statistiques usuels à savoir 1) par le test de Student ou le test de Mann-Whitney si conditions du t-test non respectées ((1) normalité et (2) homoscedasticité étudiée par le test de Fisher-Snedecor) pour les variables quantitatives et 2) par le test du Chi2 ou le cas échéant par le test exact de Fisher pour les paramètres de nature catégorielle. Une régression linéaire simple a été réalisée pour étudier la liaison entre deux variables quantitatives.

2.3 Les aspects éthiques et réglementaires

Cette enquête, réalisée à partir d'un questionnaire a été menée conformément aux principes éthiques. Les informations recueillies ont fait l'objet de confidentialité et d'anonymat tout au long de l'étude. Au préalable, une autorisation pour la réalisation de cette enquête a été recueillie auprès du médecin et sages-femmes responsables d'encadrement du secteur Mère Enfant de ce centre hospitalier.

Une lettre d'information précisant les objectifs de l'étude, le cadre institutionnel et les règles relatives à la protection des données ainsi qu'un formulaire de consentement en double exemplaire ont été remis aux patientes lors du recrutement. Au titre du traitement de ces données, les couples bénéficiaient de la protection de la loi « Informatique et Libertés » du 6 Janvier 1978 modifiée.

RESULTATS

I. La population étudiée

Sur la durée de l'étude, nous avons recensé n=411 accouchements dont :

- n=297 accouchements par voie basse spontanée
- n=42 extractions instrumentales
- n=72 césariennes

Sur un total de n=206 patientes répondant aux critères d'éligibilité de l'étude auxquelles le questionnaire a été proposé, 3% des femmes (n=6) ont refusé de participer et sur les 200 patientes qui ont accepté de participer, 6% ont été perdues de vue (n=13). Les analyses ont donc pu être réalisées sur un total de n=187 patientes.

On note également que 45% des femmes (n=85) ont laissé un commentaire supplémentaire au questionnaire. Ces commentaires nous permettront d'illustrer notre discussion.

L'âge moyen des patientes est de 30 +/- 5ans, la plus jeune patiente avait 19 ans et la plus âgée 48 ans.

On note que 64% (n=120) des patientes ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat et seulement 18% (n=34) n'ont pas le niveau baccalauréat.

La catégorie socio-professionnelle la plus représentée est celle d'employée avec 48% (n=90) de la population d'étude.

La presque totalité des patientes est en couple (96%, n=180).

On comptabilise 58% (n=108) de patientes multipares et donc 42% (n=79) de primipares.

Tableau I : Les caractéristiques sociales et démographiques des patientes interrogées

Caractéristiques de la population	n=187
Age, moyenne $\pm$ écart-type [min;max]	29.8 $\pm$ 5.1 [19;48]
Situation familiale, n(%)	
Célibataire	7 (3.74)
En couple	180 (96.3)
Niveau d'étude, n(%)	
Collège, CAP, BEP	34 (18.2)
Lycée	33 (17.7)
Enseignement supérieur	120 (64.2)
Catégorie socio-professionnelle, n(%)	
Agriculteur exploitant	1 (0.53)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	4 (2.14)
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	29 (15.5)
Profession intermédiaire	8 (4.28)
Employée	90 (48.1)
Ouvrière	1 (0.53)
Etudiante	6 (3.21)
Sans emploi	35 (18.7)
Au chômage	13 (6.95)
Parité, n(%)	
Primipare	79 (42.3)
Multipare	108 (57.8)

II. Information et consentement

1. La voie veineuse périphérique

La majorité des patientes (94%, n=175) a bénéficié d'une VVP. Parmi ces patientes, 43% (n=74) d'entre elles avaient donné leur consentement à l'installation d'une VVP contre 57% (n=99) qui étaient contre. Au préalable, 35% (n=62) des patientes avaient été informées de l'utilité de la VVP contre 65% (n=113).

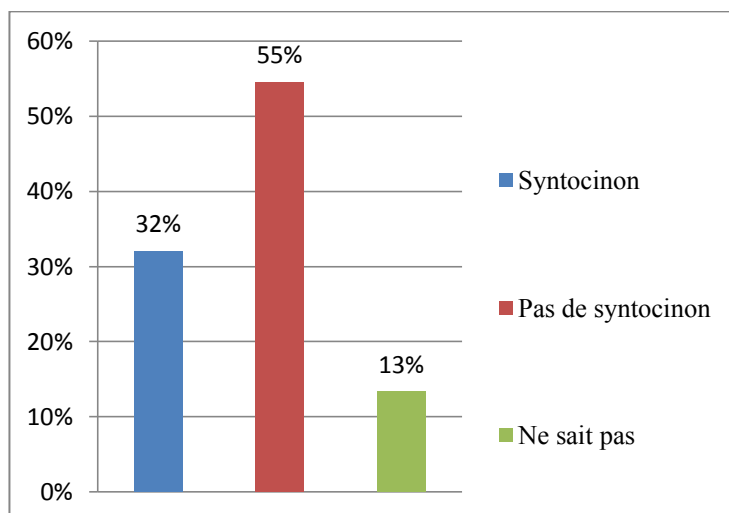
2. Le monitoring fœtal

La plupart des patientes ont eu un monitoring fœtal en continu (97%, n=181) et seulement 3% (n=5) ont bénéficié d'un monitoring intermittent. Il a été demandé à seulement 35% (n=62) des femmes un accord pour sa mise en place tandis que 65% (n=117) l'ont eu sans que leur avis n'ait été sollicité.

Il a été expliqué à 79% (n=142) des femmes l'utilité du monitoring en continu et 21% (n=45) n'en n'ont pas été informées.

3. L'oxytocine (Syntocinon®)

Figure 1 : Répartition des patientes selon la présence ou non de perfusion de Syntocinon®



Parmi les patientes ayant bénéficié d'une perfusion de Syntocinon® au cours du travail d'accouchement, il n'a pas été demandé de consentement à 44% des femmes (n=27) et 56% (n=35) ont donné leur accord.

Seulement 41% des patientes (n=24) ont été informées des bénéfices et des risques de cette thérapeutique contre 59% (n=34).

4. L'anesthésie péridurale

La majorité des patientes (89%, n=162) souhaitaient une analgésie péridurale et seulement 11% (n=20) n'en désiraient pas. Cependant 89% (n=165) ont bénéficié de la péridurale, donc 3 patientes ont eu la péridurale alors qu'elles ne la souhaitaient pas.

Il a été demandé un consentement avant la mise en place de l'analgésie péridurale à 95% (n=173) des patientes et 82% (n=151) ont été informées des bénéfices et des risques de l'analgésie.

5. La rupture artificielle des membranes

Une amniotomie a été réalisée chez 45% (n=85) des patientes et 52% (n=97) n'en n'ont pas bénéficié.

Parmi les patientes qui ont eu une amniotomie, il a été demandé un consentement à 73% des femmes (n=63) et 27% (n=23) en ont eu une sans que leur consentement ne soit recueilli ; 63% (n=52) ont été informées des bénéfices et des risques de ce geste et 37% (n=30) n'en n'ont pas été informées.

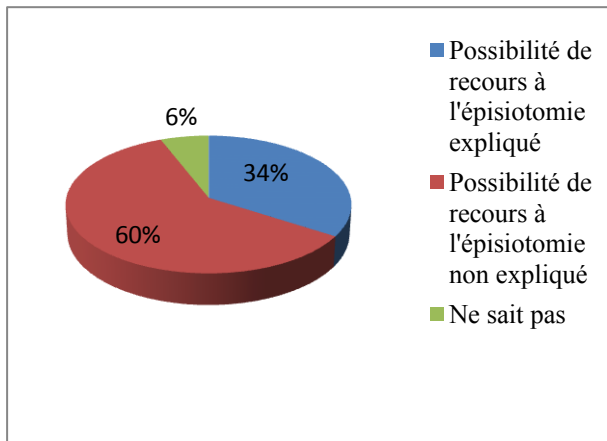
6. Le toucher vaginal

Il a été demandé un accord avant la réalisation d'un toucher vaginal à 82% des femmes (n=153), pour 16% (n=30) le consentement n'a pas été recueilli avant la réalisation de ce geste médical. Il a été demandé à une patiente son consentement au préalable mais celle-ci a refusé la réalisation de ce geste médical.

7. L'épisiotomie

Une épisiotomie a été réalisée chez 12% (n=23) des femmes, et 10% (n=19) ne savent pas si elles en ont eu une.

Figure 2 : Possibilité de recours à l'épisiotomie expliqué lors du travail



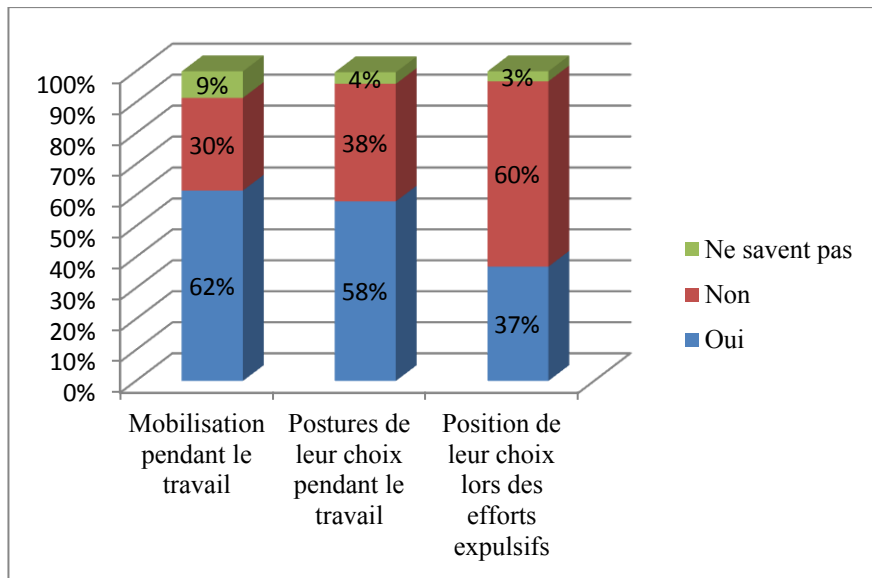
Il a été demandé un consentement à 48% (n=12) des patientes avant la réalisation de l'épisiotomie tandis que 52% (n=13) des femmes ont subi une épisiotomie sans que leur accord ne soit sollicité.

Seulement 36% (n=8) ont été informées de la réalisation de ce geste lors de l'accouchement et 64% (n=14) n'en n'ont pas été informées.

III. Le vécu de l'accouchement

1. Postures et mobilisation

Figure 3 : Les postures et mobilisations lors du travail d'accouchement

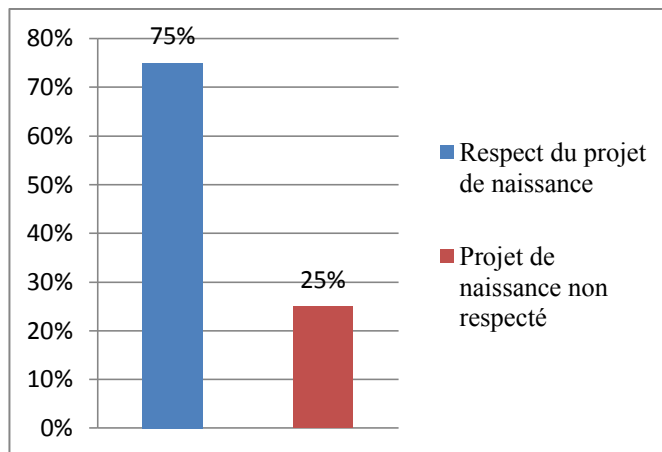


Dans 62% des cas (n=115), les femmes ont pu se mobiliser pendant le travail d'accouchement, 58% (n=109) des patientes ont pu choisir les postures de leur choix durant le travail d'accouchement, et 37% (n=69) des parturientes ont pu opter pour la position qu'elles souhaitaient lors des efforts expulsifs.

2. Le projet de naissance

Seulement 11% (n=20) des femmes avaient élaboré un projet de naissance contre 85% (n=159) n'en n'ayant pas formulé, 4% des parturientes ne savaient pas ce qu'était un projet de naissance.

Figure 4 : Respect du projet de naissance par les professionnels de santé



Dans la majorité des cas, le projet de naissance de la patiente a été respecté. Parmi les souhaits figurant dans le projet de naissance, on retrouve : avoir accès à la salle physiologique, faire des exercices sur le ballon, aller dans la baignoire de dilatation, ne pas avoir d'analgésie péridurale ou attendre le plus possible avant d'en bénéficier, ne pas subir d'épisiotomie, attraper son enfant lors de l'accouchement, que le père puisse couper le cordon ombilical, et faire la tétée de bienvenue.

3. La présence d'un accompagnant

Dans 95% (n=177) des cas, la patiente était accompagnée lors de son travail d'accouchement. Seulement 5% (n=9) des femmes étaient seules pour le vivre.

Plus de la moitié des femmes (56%, n=101) se sont senties aidées par leur accompagnant dans la prise de décision, et 43% (n=78) n'en n'ont pas eu besoin.

4. Les droits

Figure 5 : Proportion de patientes s'étant senties actrices, autonomes et respectées dans leurs droits

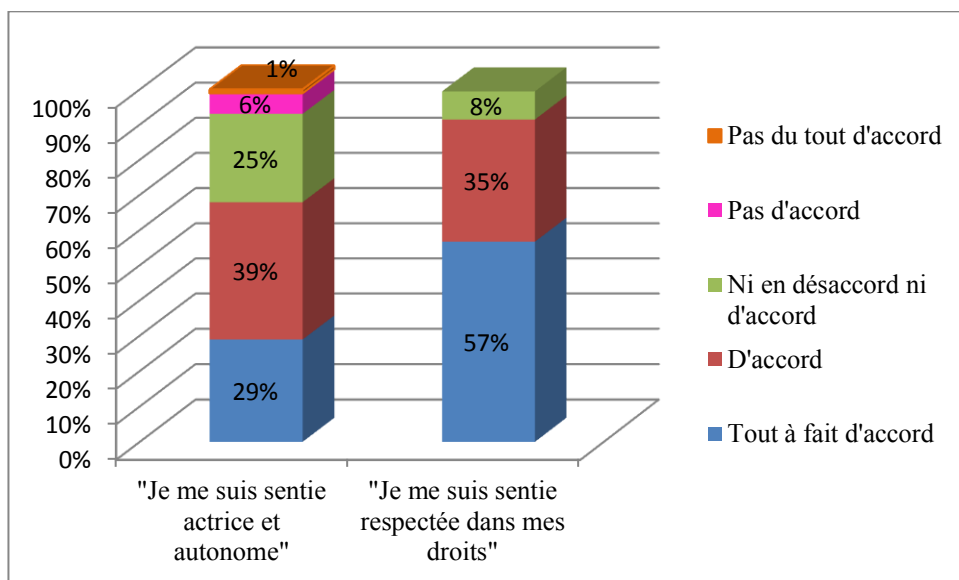
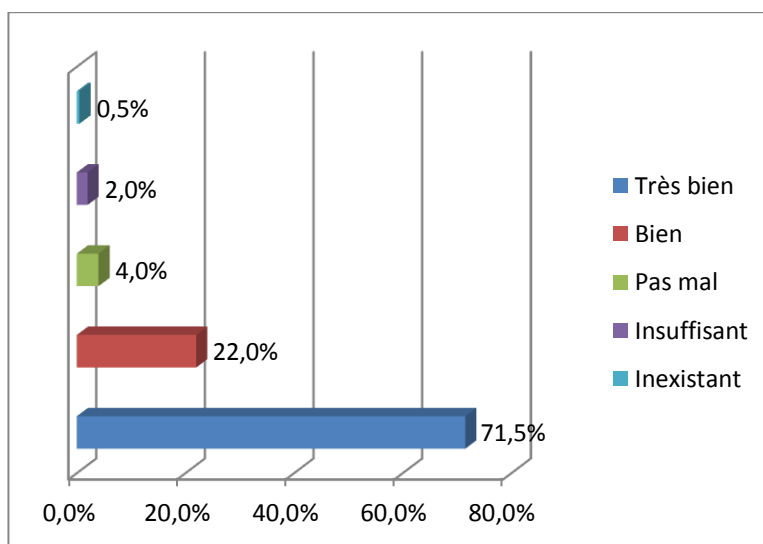


Figure 6 : L'accompagnement et les informations délivrées par la sage-femme



5. Le score de l'état de stress post traumatique

Le score de syndrome de stress post traumatique (SSPT) se cote entre 17 et 85. Dans cet échantillon, on retrouve un score moyen de 22 +/-8 points, la valeur minimale est 17 tandis que la valeur maximale est 57.

IV. Lien entre l'information et le consentement

Tableau II: Lien entre l'information et le consentement pour chaque acte médical exécuté par la sage-femme

				Information		P	
				Oui	non		
Consentement	Voie veineuse périphérique			Oui	57	14	<0.0001
				Non	51	44	
	Monitoring en continu			Oui	60	1	<0.0001
				Non	79	33	
	Perfusion de syntocinon			Oui	19	12	0.003
				Non	5	21	
	Anesthésie péridurale			Oui	143	27	0.05
				Non	5	4	
	Rupture artificielle des membranes			Oui	44	14	0.001
				Non	8	15	
	Episiotomie			Oui	6	3	0.032
				Non	2	10	

Concernant la majorité des actes du tableau II, il y a une différence significative entre les groupes informés et non informés. Il y a donc un lien entre l'information et le consentement, c'est-à-dire qu'une patiente informée donnera son accord, et une patiente non informée sera plus réfractaire à la réalisation de l'acte médical et ne donnera pas son accord.

V. Lien entre le score de syndrome de stress post traumatique et le vécu de l'accouchement

Le score de syndrome de stress post traumatique a été utilisé pour évaluer le vécu de l'accouchement de la patiente.

Codage utilisé pour le score de syndrome de stress post traumatique :

- 0 si inférieur à la médiane (<21,79)
- 1 si supérieur à la médiane

1. L'âge

Nous trouvons une tendance entre l'âge et le syndrome de stress post traumatique de la patiente ($p=0.062$). Il semble que plus la patiente soit âgée et moins elle cote un SSPT élevé.

2. La parité

La primiparité est codée avec un « 0 » tandis que la multiparité est codée par un « 1 ».

Tableau III : Lien entre la parité et l'état de stress post traumatique dans l'échantillon étudié

	Parité		p
	0	1	
SSPT < 21,8	49	58	0.30
SSPT > 21,8	30	50	

Il n'y a pas de différence ($p=0,30$) de parité de la patiente suivant le syndrome de stress post traumatique, c'est-à-dire le vécu de l'accouchement.

On conclut qu'une patiente primipare ne sera pas plus confrontée à un mauvais vécu de l'accouchement qu'une patiente multipare.

3. Actrice et autonome

Codage pour la proposition « Je me suis sentie actrice et autonome durant mon travail d'accouchement » :

- 1 : pour les réponses « tout à fait d'accord » et « d'accord »
- 2 : pour la réponse « ni en désaccord ni d'accord »
- 3 : pour la réponse « pas du tout d'accord »

Tableau IV : Lien entre le fait de se sentir actrice et autonome lors du travail et le syndrome de stress post traumatique des parturientes de l'étude

	Actrice et autonome			P
	1	2	3	
SSPT < 21,8	77	24	6	0.39
SSPT > 21,8	50	23	7	

Il n'y a pas de différence significative ($p=0,39$) entre les deux groupes de score de syndrome de stress post traumatique concernant le fait que la patiente se soit sentie actrice et autonome durant le travail d'accouchement.

4. Respect des droits du patient

Codage pour la proposition « Je me suis sentie respectée dans mes droits lors du travail d'accouchement » :

- 1 : pour les réponses « tout à fait d'accord » et « d'accord »
- 2 : pour la réponse « ni en désaccord ni d'accord »

Tableau V : Lien entre le fait de se sentir respectée dans ses droits et le syndrome de stress post traumatique chez les patientes de l'étude

	Respectée droits	dans ses	P
	1	2	
SSPT < 21,8	102	5	0.035
SSPT > 21,8	69	11	

Il y a une différence significative entre les deux groupes de score de syndrome de stress post traumatique concernant le sentiment de la patiente à être respectée dans ses droits lors du travail d'accouchement. Moins la patiente se sent respectée dans ses droits lors du travail d'accouchement, plus elle cote un score de syndrome de stress post traumatique élevé, et inversement.

5. Informations et accompagnement de la sage-femme

Codage concernant l'accompagnement et les informations délivrés par la sage-femme à propos des actes réalisés durant le travail d'accouchement :

- 1 pour les réponses « bien » et « très bien »
- 2 pour la réponse « pas mal »
- 3 pour la réponse « insuffisant » et « inexistant »

Tableau VI : Lien entre l'accompagnement et les informations délivrées par la sage-femme et le syndrome de stress post traumatique

	Accompagnement			P
	1	2	3	
SSPT < 21,8	104	2	1	0.076
SSPT > 21,8	71	5	4	

Ici, on trouve un $p=0,076$, il y a donc une tendance mais on ne peut pas conclure à une différence d'accompagnement suivant le score de syndrome de stress post traumatique.

DISCUSSION

I. Les limites de l'étude

1. Concernant l'échantillon

Les points négatifs :

Nous mettrons en avant le fait que le nombre de questionnaires recueillis ne permet pas de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population des femmes ayant accouché. En effet, la taille de l'échantillon est faible. Une période de recrutement plus longue aurait permis l'obtention d'un échantillon plus conséquent. Il a été difficile de prolonger la période pour améliorer le taux de participation, car, l'enquête entre dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études. Toutefois, une présence sur une durée de 6 semaines et demi, ainsi que le passage dans le service tous les jours a permis de contacter le maximum de patientes.

Nous aurions pu soumettre l'étude à plus d'établissements hospitaliers pour mobiliser un plus grand nombre de patientes, et pour être plus représentatif de la population. Cependant, le temps imparti était restreint ce qui a contraint à réduire l'étude sur une seule maternité (étude monocentrique).

Les points positifs :

Un taux de participation élevé : Sur un total de 206 patientes auxquelles le questionnaire a été proposé, seulement 3% des femmes (n=6) ont refusé de participer et sur les 200 patientes ayant accepté de participer, 6% ont été perdues de vue (n=13). L'échantillon est donc constitué de 187 patientes.

Les patientes ont fait part d'investissement personnel au sein de cette étude. Il leur était proposé de laisser des commentaires pour préciser leurs réponses et de mettre une paraphrase finale, si elles le souhaitaient. On constate que quasiment la moitié des patientes (n=85, 45%) a rajouté une remarque au sein du questionnaire.

2. Concernant le mode de recueil des données

Les points négatifs :

Le syndrome de stress post traumatique a été évalué trop précocement. Le recrutement des patientes était effectué au minimum après 48 heures d'hospitalisation en secteur Mère Enfant (soit après J2). Cependant ce score évalue des items qui peuvent apparaître avec le temps et montre un caractère répétitif sur la durée, comme le fait de «être perturbée par des rêves répétés en relation avec cet évènement ». Il aurait donc été intéressant de recontacter les patientes plus tardivement pour évaluer au mieux le SSPT, ceci a été remarqué par une patiente : « Accouchement très bien vécu. J+2 après l'accouchement donc très peu de recul sur le tableau ci-dessus ».

L'étude a été réalisée pendant une période où trois autres étaient en cours auprès des patientes. Certaines d'entre elles étaient donc sollicitées pour remplir plusieurs questionnaires, ce qui pouvait induire un manque d'investissement et une lassitude.

Les points positifs :

Nous nous sommes rendues disponibles pour répondre aux questions des patientes. Investissement personnel important, avec une présence quotidienne durant six semaines et demie au sein du CHU de type III pour distribuer et récupérer les questionnaires.

3. Concernant le questionnaire

Les points négatifs :

Il n'était peut-être pas judicieux d'employer le score de syndrome de stress post traumatique pour évaluer le vécu de l'accouchement de la patiente. En effet, celui-ci a été évalué trop précocement et a été difficilement interprétable. Aucune étude n'a été retrouvée pour déterminer le seuil du SSPT correspondant à un mauvais vécu de l'accouchement.

Avec du recul, dans une étude similaire, ce score ne devrait peut-être pas être utilisé.

Les points positifs :

L'un des atouts de cette étude réside dans l'élaboration du questionnaire. Nous l'avons réalisé de manière à ce qu'il soit composé principalement de questions fermées, en laissant le libre arbitre à la patiente de rajouter des remarques personnelles. Ainsi, le temps nécessaire pour le remplir était relativement court, il pouvait être complété en cinq minutes et n'était constitué que de seize questions. De plus, au vu des résultats, nous pouvons dire que les questions étaient claires et compréhensibles puisque toutes ont été exploitables. L'étude n'a donc pas été biaisée par l'incompréhension de certains items.

II. Discussion des résultats de l'étude

1. Les caractéristiques de la population

L'échantillon se compose de mères d'une moyenne d'âge de 30 ans tout comme le montre l'étude de la HAS et de l'enquête de périnatalité de 2016 (24,25).

Les patientes sont majoritairement en couples (96%), ce qui est comparable à l'enquête de périnatalité de 2016 (91,6 %) (25).

On note que 64% des patientes recrutées pour l'étude ont suivi un enseignement supérieur. Ce taux est nettement supérieur à la population nationale, d'après l'enquête de périnatalité de 2016, avec seulement 55% des femmes ayant continué après le baccalauréat. Cette différence peut s'expliquer par le fait que seules les femmes maîtrisant la langue française ont été incluses. Ce critère d'inclusion a pu induire un biais au sein de l'étude (25).

Le taux de chômage est similaire entre la population nationale et le panel (9,1% vs 7%). D'après l'enquête de périnatalité, les professions les plus souvent occupées sont les professions intermédiaires (40,3%) et celles d'employées (29,3%) (25).

D'après les résultats de l'enquête, seulement 4,3% des patientes exercent une profession intermédiaire et 48,1% sont employées. Les professions exercées par les femmes de l'échantillon ne sont pas représentatives de la population générale, ceci s'explique par la faiblesse de l'échantillon.

On retrouve des taux de primiparité et de multiparité quasiment identiques dans l'échantillon et dans l'enquête de périnatalité de 2016 (42 % de primipares et 58% de multipares), ce qui témoigne de la représentativité de l'étude (25).

2. L'information et le consentement

2.1 Le monitoring en continu

Selon une étude de la Cochrane, le monitoring fœtal en continu engendre une diminution des crises néonatales. On ne constate pas de différences significatives dans la paralysie cérébrale, la mortalité infantile ou d'autres mesures standard du bien-être néonatal. Cependant, la cardiotocographie continue est associée à une augmentation des césariennes et des extractions instrumentales. Il semble primordial de transmettre cette incertitude aux femmes afin qu'elles puissent faire un choix éclairé sans compromettre la normalité du travail.

D'après les dernières recommandations de la HAS sur l'accouchement normal et selon F. Bretelle, R Le Du et C. Foulhy, il faut informer les femmes des bénéfices et risques de chaque technique : monitoring fœtal continu ou intermittent, et leur laisser choisir la méthode qui leur convient.

D'après le CNGOF, la surveillance du travail discontinue n'est envisageable que pour une patiente à bas risque. Une patiente n'est plus considérée comme à bas-risque dès lors qu'elle bénéficie d'une anesthésie épidurale, spinale ou générale et qu'une induction du travail (recours à l'oxytocine, rupture artificielle des membranes) a été employée. Il faut un praticien par parturiente si la patiente souhaite une auscultation intermittente (grade C).

De ce fait, compte tenu des pratiques obstétricales actuelles (absence de formation à l'auscultation intermittente) et du personnel disponible en salles de naissance, il est recommandé d'utiliser la surveillance continue en phase active du travail (accord professionnel).

Selon l'étude, 65% des femmes (n=117) ont eu un monitoring en continu sans que leur avis n'ait été sollicité mais 79% (n=142) ont reçu une information claire sur cette pratique.

On note que, dans la majorité des cas, le consentement avant la mise en place d'un monitoring en continu n'a pas été demandé. Face à une charge de travail trop importante dont doivent faire face les sages-femmes de cette structure hospitalière, il n'est pas toujours possible qu'une sage-femme suive une seule parturiente. Ainsi, par contrainte organisationnelle, la possibilité d'un monitoring intermittent n'est pas toujours proposée à la patiente.

De plus, à partir du moment où la patiente bénéficie d'une analgésie péridurale, le monitoring en continu devient recommandé. Or la grande majorité des patientes recrutées ont accouché avec une anesthésie épidurale ce qui pourrait expliquer le faible taux d'auscultation intermittente.

Le monitoring en continu a été regretté par plusieurs patientes, celui-ci a occasionné une gêne à la mobilisation comme le suggère le commentaire de cette patiente : *« Hospitalisée la veille de l'accouchement (dilatée mais pas en travail), la voie veineuse m'a été posée trop tôt. Le monitoring devait durer 30min et m'a finalement jamais été enlevé, me permettant plus de mouvements. J'aurai aimé qu'on me propose davantage d'alternatives : baignoire, salle physiologique. J'ai choisi et assumé d'accoucher sans péridurale mais je n'ai pas pu être aussi impliqué que j'aurai voulu »* (26–29).

2.2 La perfusion d'oxytocine (Syntocinon®)

Chez les femmes en travail spontané ou ayant eu un déclenchement du travail, 52,5% des femmes de la population nationale reçoivent de l'oxytocine contre près d'une femme sur trois dans l'échantillon (32%) ainsi que 13% ne sachant pas si elles en ont bénéficié (25).

Une enquête du CIANE, a cherché à connaître si l'administration d'oxytocine était consentie par la patiente. Une femme sur quatre recevait de l'oxytocine pour accélérer le travail sans en avoir été informée.

Cette étude a permis de démontrer que dans une proportion significative des cas, l'information concernant l'administration de cette thérapeutique n'a pas été fournie et le consentement n'a pas été recueilli. Parmi les patientes de l'étude, le consentement n'a pas été demandé dans 44% des cas, soit près de la moitié des femmes. Seulement 41% ont été informées des bénéfices et des risques de cette thérapeutique.

Pourtant, d'après les recommandations de pratiques cliniques de l'oxytocine, il est maintenant indispensable de tracer dans le dossier médical l'indication, l'information et le consentement de la patiente ainsi que les modalités d'administration (accord professionnel) (4,17,30). Les recommandations ne sont donc pas toujours respectées.

2.3 L'analgésie péridurale

D'après les recommandations de la SFAR, l'information sur l'analgésie périmédullaire doit être dispensée par l'anesthésiste réanimateur. L'obstétricien et la sage-femme y contribuent au cours du suivi prénatal en indiquant à la femme enceinte la disponibilité de cette information et les moyens d'y accéder (art. L.1111-2, loi 2002-303 du 4 mars 2002).

Selon l'enquête de périnatalité de 2016, l'utilisation d'une analgésie chez les femmes est de 82,6 % contre 89% au sein de l'échantillon. Seulement 14,6 % des femmes ne souhaitent pas d'APD avant leur accouchement contre 11% des femmes incluses dans l'étude.

Le CIANE a réalisé une étude auprès de 8284 femmes. Les femmes ayant pour souhait de se passer de la péridurale (30% ; n=2521) sont presque unanimement satisfaites (97%). Certaines patientes ont eu recours à la péridurale alors qu'elles ne la désiraient pas au départ, et on note 56 % de femmes insatisfaites. Elles mettent en cause le défaut d'accompagnement et le fait qu'on ne leur ait pas laissé le choix.

L'INSERM (2015) comptabilise un quart de femmes ne souhaitant pas accoucher avec une analgésie péridurale, néanmoins seulement la moitié d'entre elles a pu réaliser ce souhait (16,25,28,31).

Les résultats de l'étude sont encourageants puisque dans 95% des cas un consentement a été demandé avant la mise en place de l'analgésie péridurale et 83% des patientes ont été informées des bénéfices et des risques de celle-ci. Il semblerait que l'information ait été dispensée en amont, lors de la consultation prénatal auprès du MAR.

Certaines patientes ont apprécié que la péridurale soit mise au moment de leur choix et que celle-ci soit bien dosée : *« J'ai eu le choix du moment de la pose de la péridurale, les soignants étaient très à mon écoute et respectant mes choix »*.

Cependant, une patiente regrette le fait que l'analgésie péridurale ambulatoire ne lui ait pas été suggéré : *« J'avais entendu parler de la péridurale ambulatoire, mais non proposée »*.

2.4 La rupture artificielle des membranes

A partir du moment où une RAM est réalisée, on dit que le travail est dirigé. Il n'est pas recommandé de réaliser une amniotomie précoce et systématique en début de travail parce qu'elle induit plus fréquemment des anomalies du RCF à type de ralentissements variables ou tardifs et peut conduire à un risque d'acidose néonatale (grade A).

Selon l'enquête de périnatalité de 2016, un taux de 41,4% de RAM est observé contre 45% au sein de l'échantillon. Ces taux sont corrélés et montrent la représentativité de ce travail. Il se pose par contre la question de la légitimité de la direction du travail.

Parmi les patientes ayant eu une amniotomie, il a été demandé un consentement à 73% des patientes et 63% des femmes ont été informées des bénéfices et des risques de ce geste. Ces résultats semblent être plutôt encourageants (25,29).

2.5 Les touchers vaginaux

Suite à des faits d'actualité, le consentement avant la réalisation du toucher vaginal est devenu primordial. En effet, on retrouve de nombreux témoignages concernant les TV réalisés sur des patientes endormies.

Ce geste médical touche à l'intimité et à la pudeur de la patiente. Il faut donc informer cette dernière de la nécessité pour le professionnel d'examiner le col, et par la suite recueillir son consentement. Celui-ci peut s'effectuer par une simple question « Est-ce que je peux vous examiner ? » et doit respecter le choix de la patiente. Le fait de demander au préalable permet la mise en place d'une relation de respect et d'écoute. Le but n'est pas de laisser la patiente gérer sa santé seule mais de la rendre actrice et lui permettre d'établir une relation de confiance avec le professionnel pour mener à bien un projet commun.

D'après mon échantillon, 16% des patientes n'ont pas été sollicitées avant la réalisation d'un TV pour savoir si elles étaient d'accord.

Une femme regrette le fait que le consentement n'ait été demandé que par l'étudiante sage-femme et non par le professionnel de santé : « *Uniquement pour les touchers vaginaux faits par les étudiantes* ».

Il est important de faire prendre conscience, à tous les professionnels de santé, du poids du consentement, de respecter la parturiente et de faire preuve de tact. Cela commence dès que la patiente se déshabille et se poursuit lorsque l'on doit pratiquer un examen du col. On touche à l'intimité, à la personne humaine avec son affectivité et sa sensibilité propre. Cette perception intime est primordiale au moment de l'examen clinique (32).

2.6 L'épisiotomie

Selon l'enquête de périnatalité de 2016, 34,9 % des primipares et 9,8 % des multipares ayant accouché par voie basse ont eu une épisiotomie (25).

D'après le CIANE, l'imposition de l'épisiotomie est d'autant plus mal vécue que dans la quasi-totalité des cas, non seulement le consentement n'est pas recherché mais la femme n'est même pas prévenue de la réalisation du geste. D'après notre étude, 10% des patientes ne savent pas si elles en ont subi une. Le CIANE déplore le fait que seulement 15% des épisiotomies soient effectuées après avoir demandé l'autorisation des femmes et que 29% disent ne pas avoir reçu d'information au préalable.

Des patientes pointent du doigt l'absence d'information et de consentement concernant la réalisation de ce geste comme le suggère ce commentaire: *« J'aurai aimé être informée qu'une épisiotomie allait être pratiquée »*.

Parmi les patientes de l'échantillon ayant eu une épisiotomie, on retrouve que pour plus de la moitié d'entre elles (52%) leur accord n'a pas été sollicité. Cependant, 64% des femmes n'ont pas été informées de la réalisation de ce geste lors de l'accouchement. Ce taux est supérieur au double énoncé par l'enquête du CIANE.

L'absence de consentement peut engendrer des répercussions à long terme comme le remarque une patiente de l'échantillon : *« Pour mon premier accouchement il y a deux ans, la sage-femme ne m'a pas parlé d'épisiotomie et l'a pratiqué sans mon consentement, ce que je n'ai pas apprécié. Souvenir stressant, perturbant et douloureux »*.

Les professionnels doivent faire face à une extrême vigilance. En effet, depuis peu les témoignages de violences obstétricales avec des épisiotomies non consenties se multiplient. Le manque d'explications et la non recherche du consentement peuvent transformer un acte médical comme l'épisiotomie en maltraitance obstétricale. Lorsqu'une épisiotomie doit être réalisée en urgence, sans que le consentement de la patiente ne puisse être recueilli au préalable, il apparaît légitime d'en informer la patiente par la suite. L'indication de l'épisiotomie doit lui en être formulée (ex : anomalie du rythme cardiaque fœtal avec un risque d'asphyxie néonatale). Le professionnel doit aussi évaluer finement le vécu des femmes lors de leur séjour en maternité (4,33,34).

2.7 La mobilisation et les postures pendant le travail

Selon l'enquête de périnatalité de 2016, 36% des femmes n'ont pas été libres de se mouvoir et de se positionner selon leurs souhaits. On retrouve vraisemblablement les mêmes résultats dans l'échantillon puisque 30% des patientes n'ont pas pu déambuler et 38% n'ont pas pu se positionner comme elles le souhaitaient durant le travail d'accouchement.

Ces chiffres sont non négligeables, et sont imputables à la présence du monitoring dans la plupart des cas. Certaines regrettent de ne pas avoir pu appliquer les postures vues en préparation à la naissance et à la parentalité (25).

L'enquête de périnatalité montre que la quasi-totalité (95,5%) des patientes accouche sur le dos tandis que 60% des patientes interrogées dans le cadre de notre étude disent ne pas avoir pu opter pour la position de leur choix lors des efforts expulsifs. Pourtant, le décubitus dorsal avec les membres inférieurs sur les étriers est considéré comme une position non physiologique pour l'accouchement. Cette posture horizontale est non soumise à l'effet de la gravité, diminue l'efficacité des efforts expulsifs, entraîne une compression des vaisseaux pouvant induire un malaise maternel et/ou une hypoxie fœtale (25,35).

Une étude du CIANE a été réalisée sur les souhaits des patientes.

Parmi les patientes dont les souhaits ont été respectés :

- 16% ont souffert de ne pas pouvoir déambuler comme elles l'entendent ;
- 42% ont pu opter pour la posture de leur choix lors des efforts expulsifs et 10% ont été dérangées de ne pas pouvoir choisir.

Tandis que dans le groupe des femmes dont les souhaits n'ont pas été respectés :

- 74% ont souffert de ne pas pouvoir déambuler comme elles l'entendent ;
- 5% ont pu opter pour la posture de leur choix lors des efforts expulsifs et 72% ont été gênées de ne pouvoir choisir.

On note donc que le respect des souhaits de la patiente joue un rôle primordial dans le vécu du travail d'accouchement. Accorder une vraie liberté de mouvements et de positions aux femmes apparaît donc comme une mesure susceptible d'améliorer très sensiblement les conditions de leur accouchement. Il semblerait intéressant de proposer d'autres alternatives au décubitus dorsal pour l'accouchement (34).

2.8 Conclusion

Il y a une évolution de la relation entre le soignant et le soigné. Le professionnel doit donner au patient les informations nécessaires pour que ce dernier soit en mesure de prendre une décision.

La loi Kouchner de 2002 accorde de l'importance au droit d'être informé et à l'expression d'un choix car il conditionne la volonté. Le patient, grâce aux informations du professionnel, peut prendre des décisions concernant sa santé.

Ainsi, la femme peut accepter ou refuser les propositions de soins qui lui sont faites. L'information n'est pas donnée dans la but d'obtenir le consentement sinon la patiente n'aurait qu'une seule alternative : acquiescer. De nombreux articles présentent l'information comme une nécessité pour obtenir le consentement aux soins (36).

D'après mon étude, il existe cependant un lien entre l'information et le consentement pour chaque acte médical. Ceci signifie que si l'acte a bien été expliqué à la patiente (de façon claire et explicite), le consentement est recueilli. Tandis que, si l'acte médical n'a pas été expliqué, le praticien s'expose à plus de refus de la part de celle-ci.

3. Les conséquences d'un défaut d'information et de consentement

3.1 En France

3.1.1 La naissance d'associations

Le CIANE est un collectif constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie.

L'objectif du CIANE est de répondre aux attentes, demandes et droits des femmes pour ainsi améliorer le vécu de l'accouchement en France. Le CIANE souhaite plus de respect de la physiologie de l'accouchement ainsi que de la personne en tant que tel.

Parmi les femmes ayant exprimé des souhaits particuliers pour leur accouchement, 63% pensent que l'équipe a fait de son mieux pour les respecter, 26% que cela n'a été que partiellement le cas et 11% que l'équipe n'a pas fait de son mieux.

Pour une naissance respectée est un collectif regroupant des citoyennes et citoyens, usagères, parents, professionnels de la santé, associations, féministes, représentants de la société civile. Il rappelle le droit des femmes à choisir les circonstances de leur accouchement dans l'intérêt des nouveau-nés, des mères et de leur partenaire. Cette association souhaite une transparence des pratiques hospitalières et avoir accès aux statistiques de chaque structure en ce qui concerne notamment le taux d'épisiotomies, le taux de recours à l'anesthésie péridurale, le taux d'inductions et le taux d'optimisations (accélération du travail par différentes méthodes), le taux d'accouchements physiologiques (sans aucune médicalisation), le taux de positions d'accouchement autre que le décubitus dorsal, etc (37).

3.1.2 Emergence de projets de naissance

Un projet de naissance est un texte rédigé par le couple pour faire part de leurs désirs concernant le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, et les possibilités de suivi pendant la période postnatale. Le projet de naissance est une sorte de contrat établi entre les futurs parents et les professionnels de santé en charge du couple.

Les sages-femmes doivent aider les patientes, lors du suivi de grossesse, à l'élaboration du projet de naissance. En effet, les professionnels de santé doivent guider les couples pour faire un compromis entre leurs désirs et ce qui est possible dans la pratique. Ensuite, le projet de naissance doit être ajouté au dossier médical de la patiente.

De nombreux parents déplorent un manque d'informations obstétricales. Il faut informer les couples au préalable pour qu'ils puissent décider, en pleine conscience, de leurs aspirations pour l'accouchement.

La femme a le droit d'être informée et de participer à la prise de décisions des interventions faites sur elle ou sur son enfant.

Les femmes souhaitent de plus en plus se sentir actrices dans le déroulement de leur accouchement, ce qui entraîne l'émergence de projets de naissance. Cependant, la plupart des femmes de l'étude se sont senties passives durant leur travail d'accouchement. Les causes incriminées sont la pose de la péridurale avec la mise en place d'un monitoring fœtal et maternel en continu. Comme le témoigne le commentaire suivant : « *Au début du travail, j'étais en salle physiologique. J'ai donc été libre et autonome dans la gestion du travail. Par contre, lorsque je suis passée en salle de naissance, étant branchée au monitoring, tensiomètre, je n'ai plus eu autant de liberté et je me suis retrouvée bloquée sur le lit où la gestion des contractions est plus difficile. J'ai moins eu le sentiment d'être actrice mais plus passive* ».

Les principaux souhaits des femmes concernent la possibilité de déambuler librement, de choisir leur position, d'être soutenu en cas de souhait d'accouchement sans analgésie, de pouvoir choisir le moment de la péridurale, et de pouvoir refuser l'épisiotomie s'il n'y a pas de nécessité médicale. Cependant, de nombreuses femmes se retrouvent confrontées à de l'incompréhension, un manque d'écoute, un rejet, des promesses non tenues, voire une imposition par la force de certains gestes de la part des professionnels de santé (38).

Il est primordial que la communication entre les professionnels de santé et les patientes se fasse selon une relation d'égal à égal et non sur le mode de la soumission. De nombreuses patientes se demandent si elles disposent du droit de refuser un acte médical comme l'épisiotomie par exemple. Il est donc important lors de l'élaboration du projet de naissance de discuter avec le praticien des droits dont le patient dispose.

Sophie Gamelin et Martine Herzog-Evans ont écrit (Les droits des mères, vol.1) qu'il « est de jurisprudence constante que la responsabilité du médecin ou de la sage-femme se fonde sur un contrat qui le lie au patient (Cass. Civ., 20 mai 1936, Mercier, D.P. 1936, I, 88, rapp. Josserand, concl. Matter, note E.P.). » Cet arrêt Mercier est fondamental car de nombreux professionnels ne savent pas qu'ils ont ce « contrat » tacite avec leur patient et donc refusent de signer ou donner leur aval à un projet de naissance. Pourtant signature ou pas, il y a bien contrat, c'est ce qu'on appelle en matière de responsabilité civile le « contrat de soins » (39).

Au niveau national, seulement 3,7 % des femmes rédigent un projet de naissance contre 11% dans l'échantillon. Le projet de naissance est respecté dans les trois quarts des cas (76,6% de la population générale vs 75% de l'échantillon) (25,40).

Dans les rares cas où le projet de naissance n'a pas été respecté, les raisons incriminées par les parturientes de l'échantillon sont les suivantes :

- « *Je souhaitais la baignoire, mais le travail était trop avancé* ».
- « *Le papa voulait couper le cordon, on ne lui a pas demandé. Je voulais donner la tétée de bienvenue, on ne l'a pas fait* ».

3.1.3 Les violences obstétricales

Le terme de « violence obstétricale » est récent. Il s'agit d'une sorte de violence vécue lors des soins impliquant des professionnels de santé. Ce ne sont pas des situations où les praticiens agissent sciemment dans le but de faire du mal. Ce terme est peu précis. Pour les militants de l'accouchement physiologique, il s'agit de respecter le choix des femmes concernant le lieu de naissance ou le refus de certains actes systématiques, par exemple.

On trouve une autre définition, de la part de l'OMS, qui parle « d'humanisation des soins » pour dénoncer les mauvais traitements (coups, humiliations, refus de soins, soins forcés) infligés aux femmes dans les pays à moyen et faible revenus. De nombreuses études ont montré que, certaines femmes, refusent d'aller dans les centres de santé par peur d'être victimes de ces maltraitances (41).

En Février 2015, le Tumbl intitulé « je n'ai pas consenti » est lancé par Béatrice Kammerer, journaliste. Ainsi depuis deux ans, on retrouve de nombreux témoignages de maltraitances dans les médias et les réseaux sociaux concernant des touchers vaginaux réalisés sans consentement, des épisiotomies vécues comme traumatisantes, de mauvais traitements.... On parle alors de violences ou maltraitances obstétricales. La parole des femmes se libère. Il est primordial de faire prendre conscience de l'impact de ces comportements sur le vécu des patientes.

En Avril 2016, l'association française pour l'accouchement respecté, membre du CIANE, publie une bibliographie commentée de la littérature internationale et nationale sur les maltraitements obstétricaux, appelant les chercheurs à s'emparer du sujet (42).

Épisiotomie sans consentement, touchers vaginaux abusifs, plaisanteries grasses ou propos humiliants, absence d'information ou de consentement, actes médicaux non expliqués ou non justifiés... Le CIANE a longtemps évoqué les questions de violences obstétricaux sans employer le terme pour ne pas braquer les professionnels de santé.

Le CNGOF parle d'iatrogénie induite par une médicalisation systématique de l'accouchement.

En 2014, The Lancet souligne que « la maltraitance et le non-respect des femmes pendant les grossesses et accouchements dans les lieux de soins ont jusqu'alors échappé aux autorités de santé, dans les pays riches comme dans les pays pauvres. » La même année, l'OMS publie une déclaration sur « la prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins ».

Même la FIGO s'alarme en 2015 d'une « épidémie mondiale » de mauvais traitements pendant l'accouchement.

Les pratiques sur le terrain évoluent trop lentement. Pour faire progresser les pratiques, on voit émerger des théâtres forum permettant aux professionnels de se mettre à la place des patientes (42,43).

Selon l'enquête de périnatalité, 86,45 % des femmes ont le sentiment d'avoir été traitées avec bienveillance et compréhension. D'après notre travail, 92% (57% tout à fait d'accord + 35% d'accord) des femmes se sont senties respectées dans leurs droits. Il semble que tout comme l'enquête de périnatalité, les patientes se sont senties traitées avec bienveillance et respectées dans leurs droits (40).

3.1.4 Le syndrome de stress post traumatique

« Un état de stress post traumatique peut être déclenché par tout événement perçu comme menaçant pour la vie ou pour l'intégrité physique de la personne même ou d'un tiers et provoquant une peur intense, un sentiment d'impuissance et d'horreur ».

Pour évaluer le vécu de l'accouchement de la patiente, une échelle sur le syndrome de stress post traumatique a été utilisée.

D'après une étude du CIANE, la minorité des femmes dont les souhaits n'ont pas été respectés ont mal vécu leur accouchement que ce soit sur le plan physique (57% l'ont très mal ou plutôt mal vécu), ou encore davantage sur le plan psychologique (70% l'ont très mal ou plutôt mal vécu). A l'inverse, les femmes pour qui les souhaits ont été respectés, considèrent à 90% avoir plutôt bien ou très bien vécu leur accouchement (34).

Un mauvais vécu peut même aboutir à un traumatisme. En effet, l'accouchement peut être assimilé à un événement traumatisant d'après Arizmendi, Affonso ainsi que Moleman et al. et cela même en l'absence de complications néonatales et obstétricales (44).

D'après Ayers et al. (2008), l'accouchement est vécu comme un épisode traumatisant par 20 à 50% des patientes. Dans 22 à 40% des cas, une symptomatologie d'état de syndrome de stress post traumatique partiel est retrouvée (44).

La perte de contrôle, le sentiment d'impuissance, et le manque d'information au cours de l'accouchement sont souvent associés à un SSPT du postpartum (Ayers, 2004 ; Harris et Ayers, 2012 ; Beck, 2009 ; Nicholls et Ayers, 2007) (44).

Les violences obstétricales sont l'une des étiologies du syndrome de stress post traumatique suite à un accouchement. Ce stress post-traumatique peut avoir des conséquences dramatiques sur le long terme. Les patientes peuvent renoncer aux soins, ne plus avoir de vie sexuelle, ressentir une peur voir un refus de grossesses ultérieures, remettre en cause l'idéal familial, ressentir de la culpabilité, avoir une perte de confiance en soi comme le souligne la méta analyse de Fenech et Thomson parue dans le journal Midwifery en 2014 (33).

Une recherche en psychologie sur les accouchements traumatiques publiée en 2015 dans *Journal of Reproductive and Infant Psychology* souligne le fait que le choix, l'information et l'implication des patientes dans les décisions sont des facteurs protecteurs contre les accouchements traumatiques (44).

D'après mon étude, il apparaît un lien entre le fait de se sentir respecté dans ses droits et l'état de stress post traumatique ($p=0,035$). Lorsque la patiente s'est sentie entendue tout au long du travail d'accouchement, elle garde un bon souvenir de celui-ci (le score du SSPT est faible). A l'inverse, si sa parole n'a pas été prise en compte, le vécu de son accouchement peut être négatif et aboutir à un syndrome de stress post traumatique (SSPT élevé) (33,44).

Les plupart des patientes de l'échantillon se sont senties respectées dans leurs droits comme le dit explicitement cette femme: « *Chaque acte m'a été au préalable expliqué et un accord a été demandé. Ce fut essentiel pour garder un souvenir merveilleux de ce moment* ».

3.2 Dans le monde

De nombreuses études ont été réalisées dans le monde mettant en lien le respect des droits des patientes durant le travail avec le vécu de l'accouchement.

Une étude anglaise parue en 2015, dans le *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, a été réalisée sur le stress post traumatique. Cette étude a permis de démontrer qu'il existe un lien entre les comportements professionnels et la communication sur le sentiment de contrôle qu'ont les femmes ainsi que leur capacité à prendre des décisions informées. Le choix, l'information et l'implication dans les décisions sont potentiellement protecteurs contre les accouchements traumatiques (41,45).

Une étude par théorie ancrée a été réalisée selon des entretiens semi directifs sur 26 femmes de Montréal et 10 femmes de Vancouver. Le but de cette étude était de rechercher les variables susceptibles d'influencer l'expérience de l'accouchement. La majorité des femmes s'interrogeaient sur l'évolution de la situation, sa normalité, le but de certaines interventions.

Cette étude a permis de conclure sur l'importance de l'information délivrée pendant l'accouchement pour rassurer, encourager et garder un contrôle sur la situation. Les patientes ont besoin d'être informées tout au long de l'accouchement, et ceci a manqué à certaines des répondantes ayant accouché en milieu hospitalier. De plus, certaines patientes déplorent le fait que si elles ne demandent pas d'information, celle-ci n'est pas nécessairement délivrée. Certaines participantes de l'étude ont eu l'impression d'être exclues du processus décisionnel pendant leur accouchement (46).

Une étude a été réalisée à Dublin, en Irlande par entretien semi-directif de 15 femmes. Le but de cette étude était d'explorer la compréhension et la définition des femmes du « choix éclairé » pendant la grossesse et l'accouchement. De nombreux facteurs influent sur la façon dont les femmes définissent le choix éclairé. Les femmes considèrent qu'un choix éclairé ne se limite pas à la fourniture d'informations. Il faut plutôt une discussion approfondie avec un professionnel qu'elles connaissent. La compréhension des femmes révèle que le choix éclairé n'est pas seulement défini par la qualité des relations des femmes avec leur aidant mais aussi par leur capacité à s'engager dans un processus de prise de décision partagée avec elles (47).

Selon l'analyse de Rothman et al. (2007) ainsi que de Davis-Floyd (2003), il existe deux approches de la périnatalité dans les sociétés industrialisées:

- Le modèle médical ou technocratique: Le corps de la femme est vu comme une machine nécessitant une prise en charge médicale. Dans ce concept, la grossesse et l'accouchement sont perçus comme pathologiques. Cette approche privilégie la technique et l'efficacité par rapport aux besoins des femmes.
- Le modèle « sage-femme » ou holistique: Dans ce concept, le corps de la femme est perçu comme sain, la grossesse et l'accouchement comme physiologiques. Le bébé et la mère sont présentés comme une dyade inséparable dont il faut prendre soin. Dans ce modèle, la patiente ne doit pas avoir un rôle passif, comme ceci a pu être instauré dans l'histoire avec la position d'autorité décisionnelle des médecins. Les femmes doivent être actrices dans leur accouchement. Le modèle holistique valorise le choix éclairé, et donc pleinement renseigné et sans coercition, plutôt que le simple consentement.

La pratique au Québec s'est construite autour du modèle holistique. Les futures mères souhaitent se réapproprier la naissance, pouvoir faire des choix éclairés et réaliser le projet de naissance qui leur convient. Les sages-femmes, en valorisant le choix éclairé, tendent à remettre le pouvoir entre les mains des femmes, à leur démontrer qu'elles sont maîtres de leur corps et que c'est à elles de prendre les décisions les concernant.

L'approche holistique semble être intéressante pour pallier aux manquements au droit à l'information et au consentement. « Toute femme a le droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement, ou son refus, libre et éclairé, et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences » (48).

A travers le monde, de nombreuses femmes font l'expérience de traitements irrespectueux, de négligences ou de mauvais traitements pendant l'accouchement. Même si le manque de respect contre les femmes peut avoir lieu pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, l'accouchement demeure pour les femmes le moment le plus vulnérable. De telles pratiques peuvent avoir des impacts négatifs directs tant pour la mère que pour son bébé. Ces traitements constituent une violation de leurs droits à des soins fondés sur le respect. Les rapports publiés sur le manque de respect et les mauvais traitements subis par les femmes lors de l'accouchement en établissement de santé font état : d'agressions physiques, d'humiliations graves, d'agressions verbales, de procédures médicales imposées de manière coercitive ou effectuées sans l'obtention d'un consentement, de manque de confidentialité, d'absence de consentement pleinement éclairé, de refus de leur administrer des médicaments contre la douleur, de violations flagrantes de leur intimité, et de négligence entraînant des complications évitables et qui constituent une menace pour leur vie (49).

III. Les perspectives

La HAS rappelle, dans les messages clés des recommandations de 2018 de l'accouchement normal, l'importance primordiale de l'information et du consentement de la patiente. Il semble donc essentiel de rappeler aux sages-femmes la nécessité des choix éclairés pour que la patiente se sente actrice de son accouchement (22).

Il est nécessaire d'expliquer à la patiente la possibilité de recours à une épisiotomie ainsi que de l'informer et de demander son consentement avant la réalisation de ce geste.

D'après les dernières recommandations du CNSF, il faut informer la patiente et recueillir son consentement avant l'instauration de l'oxytocine. Dans la maternité où l'étude a été réalisée, il faut dorénavant tracer le consentement et l'information avant l'instauration de l'oxytocine sur le dossier obstétrical de la patiente, dans le logiciel « Icos ». Il me semblerait intéressant de généraliser cette initiative à l'ensemble des actes (rupture artificielle des membrane, épisiotomie, monitoring en continu) (50).

Il semblerait intéressant d'appliquer en pratique la « décision médicale partagée », recommandée par la HAS. Ce principe consiste dans un premier temps en un échange d'informations au sein de la dyade professionnel de santé-patient, puis à une délibération et enfin à la prise d'une décision. Le patient dispose du soutien nécessaire pour ainsi exprimer son choix éclairé. Le but est alors de rendre le patient actif en augmentant sa participation, et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (51).

CONCLUSION

De ce travail d'étude réalisé auprès de 187 femmes au sein d'un CHU de type III de la région Auvergne Rhône-Alpes, il en ressort qu'il est fondamental de respecter les droits de la patiente. Elles ont besoin d'être informées sur les actes réalisés en salle de naissance. Il faut leur expliquer les bénéfices ainsi que les risques de chaque acte pour qu'elles puissent faire un choix de façon éclairé.

Il semble primordial de prendre du temps avant l'accouchement de la patiente pour lui expliquer la possibilité de recours à l'épisiotomie. En effet, il faut l'informer des indications pouvant amener le professionnel à réaliser ce geste. Les risques encourus en cas de refus doivent être clairement expliqués à la patiente. Cependant, son choix doit être respecté.

Le praticien doit aussi informer ainsi que rechercher le consentement de la parturiente en cas d'instauration d'une perfusion de Syntocinon®, de réalisation d'une rupture artificielle des membranes, de pratique d'un toucher vaginal, et de mise en place d'un monitoring fœtal en continu.

Les mères en devenir souhaitent de plus en plus être actrices de cet événement unique qu'est l'accouchement. Retarder la péridurale pour leur permettre de déambuler, faire du ballon, se posturer semble être une option envisageable. En effet, de nombreuses femmes déplorent le fait de s'être senties passives dès lors que l'analgésie péridurale leur a été installée. Cet acte induit la mise en place d'un monitoring fœtal en continu, d'une perfusion de Ringer Lactate®, d'un monitoring maternel avec la pose d'électrodes, d'un brassard à tension et d'un cordon de saturation en oxygène ce qui limite les mouvements dus à la multiplicité des branchements.

De nombreuses études démontrent que l'accouchement peut être vécu comme traumatisant. Néanmoins, d'après les résultats de ce travail, plus une patiente se sent respectée dans ses droits, plus elle garde un souvenir agréable de son accouchement. L'information de la parturiente et le recueil de son consentement avant la réalisation d'un acte médical ou de soins jouent donc un rôle sur le vécu de l'accouchement.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1. Larochelle R. Accoucher ou se faire accoucher ? : la femme qui s'apprête à donner naissance à un enfant a des droits qu'il faut respecter. Au Fil Évènements [Internet]. 2006 [cité 3 déc 2016];41(22). Disponible sur: <https://www.lefil.ulaval.ca/Au.fil.des.evenements/2006/02.16/accouchement.html>
2. Ammouche M. Accouchements déclenchés ou accélération du travail : les femmes n'ont pas leur mot à dire [Internet]. Les Généralistes-CSMF. 2012 [cité 9 nov 2016]. Disponible sur: http://www.lesgeneralistes-csmf.org/spip.php?page=imprimer_breve&id_breve=2157
3. CIANE. Déclenchement: l'importance cruciale de l'information et du consentement [Internet]. 2015 [cité 9 nov 2016]. Disponible sur: <http://ciane.net/2015/12/declenchement-information-consentement/>
4. Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE). Informed consent and refusal: France report prepared for HRiC Europe Summit 2016, Strasbourg [Internet]. 2016 [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/HRiCStrasbourg2016.France.V2.pdf>
5. Brouze E. Consentement des patients : « Pourquoi m'a-t-on fait subir ce geste ? » [Internet]. NouvelObs. 2015 [cité 26 oct 2016]. Disponible sur: <http://rue89.nouvelobs.com/2015/02/24/consentement-patients-pourquoi-t-fait-subir-geste-257821>
6. Lévesque S. Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement : perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance.
7. CIANE. Maltraitements obstétricaux : les actions du Ciane [Internet]. 2016 [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://ciane.net/2016/05/maltraitements-obstetricales-actions/>
8. Direction de l'information légale et administrative (DILA). Chronologie : Les droits des malades et les lois de 2002 [Internet]. La documentation française. 2003 [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/droits-malades/chronologie.shtml>
9. Direction de l'information légale et administrative (DILA). L'information et le consentement du patient [Internet]. La documentation française. 2003 [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/droits-malades/information-patient.shtml>
10. Association d'Aide Aux Victimes d'Accidents Corporels (AAVAC). Loi Kouchner, ce que vous devez savoir. [Internet]. [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: http://www.aavac.asso.fr/loi_kouchner/loi_4_mars_2002_analyse_loi_kouchner.php
11. Scolan V. Droit de la santé: information, consentement [Internet]. Médileg. 2014 [cité 26 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.medileg.fr/Information-Consentement>

12. Richard-Guerroudj N. Première sanction ordinaire pour défaut d'information. Prof Sage-Femme. 2018;(243):4-6.
13. Alfirevic Z, Devane D, Gyte G, Cuthbert A. La cardiotocographie en continu (CTG) comme moyen de monitoring fœtal électronique (SFE) pour l'évaluation fœtale pendant le travail | Cochrane [Internet]. Cochrane. 2017 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD006066/la-cardiotocographie-en-continu-ctg-comme-moyen-de-monitorage-foetal-electronique-sfe-pour>
14. Schaal J, Riethmuller D, Baudo M. Mécanique et techniques obstétricales. 3ème ed. Montpellier: Sauramps Médical; 2007. 231 p.
15. VIDAL. La péridurale [Internet]. EurekaSanté. 2015 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://eurekasante.vidal.fr/enfants/accouchement/peridurale.html>
16. Collège National des Sages-Femmes de France. Recours à la péridurale : choix ou contrainte pour les femmes ? [Internet]. 2015 [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.cnsf.asso.fr/doc/8A7B2228-F30D-F6C2-5AD03504BECCEC0A.pdf>
17. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Rev Sage-Femme. 2017;16(1):111-8.
18. Smyth R, Markham C, Dowswell T. Amniotomie pour raccourcir le travail spontané [Internet]. Cochrane. 2013 [cité 4 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD006167/amniotomie-pour-raccourcir-le-travail-spontane-13>
19. Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Position dans la deuxième étape de l'accouchement pour la femme sans anesthésie péridurale [Internet]. Cochrane. 2017 [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD002006/position-dans-la-deuxieme-etape-de-laccouchement-pour-la-femme-sans-anesthesie-peridurale>
20. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Dowswell T, Styles C. Positions maternelles et mobilité au cours du premier stade du travail [Internet]. 2009 [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD003934/positions-maternelles-et-mobilite-au-cours-du-premier-stade-du-travail>
21. GRESI. Toucher vaginal chez la femme enceinte [Internet]. Hôpitaux Universitaires de Genève. 2016 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.hug-ge.ch/procedures-de-soins/toucher-vaginal-chez-la-femme-enceinte>
22. Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. 2018 [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales

23. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : l'épisiotomie [Internet]. 2013 [cité 4 mars 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM
24. HAS. Données épidémiologiques générales liées à la grossesse [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/donnees_epidemiologiques_generales_liees_a_la_grossesse.pdf
25. Inserm, Drees. Enquête nationale périnatale: rapport 2016: Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2017 [cité 8 janv 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_enp_2016.pdf
26. Alfievic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(3):CD006066.
27. Bretelle F, Le Du R, Foulhy C. Surveillance fœtale continue ou discontinue, télémétrie et centrale d'analyse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2008;37(1S):23-33.
28. HAS. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales: recommandations de bonnes pratiques [Internet]. 2017 [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_argumentaire.pdf
29. Schaal J, CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique: modalités de surveillance fœtale pendant le travail. In: Mises à jour en gynécologie et obstétrique [Internet]. Paris: CNGOF; 2007 [cité 3 mars 2018]. p. 371-90. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_surv-foet_2007.pdf
30. CSMF. Accouchements déclenchés ou accélération du travail : les femmes n'ont pas leur mot à dire [Internet]. Les Généralistes-CSMF. [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <http://lesgeneralistes-csmf.fr/>
31. Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR). Les blocs périmédullaires chez l'adulte. Ann Fr Anesth Réanimation. 2007;26(7-8):720-52.
32. Rolland F. Toucher vaginal, examen clinique : nos pratiques à l'épreuve de la dignité et de la responsabilité du médecin [Internet]. Espace -éthique. 2015 [cité 1 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/toucher-vaginal-examen-clinique-nos-pratiques-%C3%A0-l%E2%80%99%C3%A9preuve-de-la-dignit%C3%A9-et-de-la>
33. CIANE. Violences obstétricales: comprendre, prévenir, réparer [Internet]. 2017 [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2017/10/Dossier-Ciane-Violences-Obstetricales-oct-2017.pdf>

34. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement: enquête sur les accouchements [Internet]. 2012 [cité 8 janv 2018]. Disponible sur: <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
35. Racinet C, Brement S, Lucas C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. In: Mises à jour en gynécologie et obstétrique. Paris: CNGOF; 2008. p. 83-100.
36. HAS. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé: principes généraux [Internet]. 2012 [cité 1 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/argumentaire_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf
37. Plateforme pour une naissance respectée. Une information systématique et complète sur l'accouchement [Internet]. [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: http://www.naissancerespectee.be/?page_id=101
38. CIANE. Discrimination économique à l'encontre des lieux d'accouchement dits « alternatifs »: une politique qui ne dit pas son nom [Internet]. 2012 [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/06/CP_cout_accouchements_Juin2012.pdf
39. Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR). Le projet de naissance [Internet]. 2004 [cité 3 déc 2016]. Disponible sur: <http://afar.info/tag/projet-de-naissance>
40. Union nationale des associations familiales (UNAF). Enquête périnatalité: « Regards des femmes sur leur maternité » [Internet]. 2010 [cité 8 janv 2018]. Disponible sur: http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf
41. Phan E. Maltraitance obstétricale: mythe, exagération, ou fatalité ? [Internet]. CIANE; 2016 [cité 1 juin 2017]. Disponible sur: <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/TexteViolencesobstetricales-reseauCentre2016.pdf>
42. AFAR, CIANE. Violence obstétricale: bibliographie [Internet]. 2016 [cité 21 mars 2018]. Disponible sur: <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/Bibliographie-violenceobs-2016.pdf>
43. Violences obstétricales: de quoi parle-t-on ? Prof Sage-Femme. janv 2016;(231):16-21.
44. Institut universitaire en santé mentale de Montréal. État de stress post-traumatique [Internet]. [cité 8 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/etat-de-stress-post-traumatique.html>
45. Harrison E. Ethics and informed consent in labour. Br J Midwifery. 1997;5(12):738-41.

46. Hivon M, Jimenez V. Perception d'une naissance et naissance d'une perception: où en sont les femmes ? [Internet]. Montréal: Centre de recherche et de formation; 2007 [cité 23 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/2922748510.pdf>
47. O'Brien D, Butler MM, Casey M. A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. *Midwifery*. 2017;46:1-7.
48. Rouiller A-M. Le respect du choix éclairé: accoucher à son image [Internet]. Maternité et dignité. 2016 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <https://materniteetdignite.wordpress.com/2016/05/18/le-respect-du-choix-eclairer-accoucher-a-son-image/>
49. OMS. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins: déclaration de l'OMS. 2014.
50. CNSF. Dossier de presse [Internet]. 2017 [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.cnsf.asso.fr/doc/4EF68404-00ED-06AF-ED98B63B2E8ABF32.pdf>
51. HAS. Patient et professionnels de santé : décider ensemble: concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée [Internet]. 2013 [cité 20 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf

ANNEXES

ANNEXE I

La lettre d'information

DESCRIPTION DE L'IMPACT DE L'INFORMATION ET DU CONSENTEMENT SUR LE VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT
--

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée « Description de l'impact de l'information et du consentement sur le vécu de l'accouchement ».

Une étude sur « l'impact de l'information et du consentement avant la réalisation d'un acte médical, sur le vécu de l'accouchement » est engagée au sein du secteur Mère Enfant du CHU Estaing. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame BLANCHET Emilie, sage-femme des hôpitaux et la codirection de Madame BALSAN Michèle.

1. Pourquoi cette étude

L'accouchement est considéré comme physiologique, néanmoins vous vous retrouvez confrontées au milieu médical pour vivre cet évènement unique. Vous êtes alors prises en charge par des professionnels de santé. Chacune d'entre vous, idéalise son accouchement. Cependant, il n'est pas toujours possible pour les intervenants médicaux de répondre à vos attentes. Le rôle du soignant est de satisfaire vos désirs dans la mesure du possible. Il est donc primordial de vous informer des gestes nécessaires aux différentes étapes de l'accouchement et de recueillir votre consentement éclairé afin que vous viviez au mieux cet évènement et ne le subissiez pas. Le but de cette étude est de faire un état des lieux de votre prise en charge en salle de naissance afin d'améliorer potentiellement votre vécu. L'objectif est que vous vous sentiez respectées dans vos droits et actrices de votre accouchement.

2. L'étude en pratique

Votre accord sera demandé en service Mère Enfant grâce au formulaire de consentement. Vous serez ensuite interrogées grâce à un questionnaire papier à remplir. Le questionnaire sera ensuite récupéré lors du séjour.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Madame BLANCHET Emilie sage-femme, CHU Estaing Place Lucie et Raymond Aubrac 63 000 Clermont-Ferrand.

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

Si vous décidez de participer à cette recherche, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera votre accord pour participer à cette étude.

ANNEXE II

Le Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

DESCRIPTION DE L'IMPACT DE L'INFORMATION ET DU CONSENTEMENT SUR LE VECU DE L'ACCOUCHEMENT

L'étudiante sage-femme

Adresse : Ecole de sages-femmes, Site universitaire Dunant 28 place Henri DUNANT,
63001 Clermont-Ferrand BP 38.

Tél : 04 73 75 03 15

M'a proposé de participer à l'étude intitulée : « Description de l'impact de
l'information et du consentement sur le vécu de l'accouchement ».

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a présentée l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis consciente que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiante sage-femme.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J'ai été informée de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'ai compris que je n'ai pas le droit de citer quelqu'un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l'anonymat de ces personnes.

☐ **J'accepte** de participer à l'étude intitulé : « Décrire l'impact de l'information et du consentement avant la réalisation d'un acte médical, sur le vécu de l'accouchement »

- Noms :

Prénoms :

Numéro d'anonymat du (de la) patient(e) : |__|__|__|

☐ **Je refuse** de participer à l'étude intitulé : « Décrire l'impact de l'information et du consentement avant la réalisation d'un acte médical sur le vécu de l'accouchement »

Fait à :

Le :

Signature

ANNEXE III

Le questionnaire

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête sur « Description de l'impact de l'information et du consentement sur le vécu de l'accouchement ». Ce questionnaire s'adresse aux patientes hospitalisées dans le Secteur Mère-Enfant. Il est anonyme et toutes les réponses seront acceptées.

Je vous remercie par avance de votre coopération.

Pour chaque affirmation ou question, veuillez cocher le cercle correspondant à votre réponse. N'hésitez pas à préciser vos réponses, si vous le souhaitez, lorsqu'à la fin de la question vous trouvez l'indication « précision : ».

Quelques précisions sur votre situation

1- Votre âge :

2- Votre situation familiale :

- ☐ Célibataire
- ☐ En couple
- ☐ Autre (précisez) :

.....

3- Votre niveau d'étude :

- ☐ Collège, CAP, BEP
- ☐ Lycée
- ☐ Enseignement supérieur
- ☐ Autre

(précisez):.....

.....

4- Quelle est votre profession :

- ☐ Agriculteur exploitant
- ☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- ☐ Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- ☐ Profession intermédiaire
- ☐ Employé

- Ouvrier
- Etudiant
- Sans emploi
- Au chômage
- Autre.....
-

5- Est-ce qu'il s'agissait de votre premier accouchement ?

- Oui
- Non

Questions concernant le déroulement du travail et de l'accouchement

1- Est-ce qu'une voie veineuse périphérique (cathéter) a été mise en place pendant votre travail d'accouchement?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

- Est-ce qu'un consentement vous a été demandé au préalable ?

- Oui et j'ai accepté sa mise en place
- Oui et j'ai refusé sa mise en place
- Non mais je n'étais pas contre sa mise en place
- Non mais j'ai refusé sa mise en place
- Je ne sais pas

- Est-ce qu'une information concernant l'utilité de la mise en place d'une voie veineuse vous a été délivrée ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

2- Est-ce qu'un monitoring en continu, enregistrant les bruits du cœur de votre bébé et les contractions utérines, vous a été posé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

- Est-ce qu'un consentement vous a été demandé au préalable ?

- ☐ Oui et j'ai accepté le monitoring en continu
- ☐ Oui et j'ai refusé le monitoring en continu
- ☐ Non mais je n'étais pas opposée à la mise en place d'un monitoring en continu
- ☐ Non mais j'ai refusé le monitoring en continu
- ☐ Je ne sais pas

- Est-ce que l'utilité du monitoring en continu vous a été expliquée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

3- Est-ce qu'une perfusion de Syntocinon (Oxytocine) : médicament permettant d'accélérer les contractions utérines, vous a été posée durant le travail d'accouchement?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Si la réponse à la question précédente est oui, répondez à la question suivante, sinon passez directement à la question 4.

- Est-ce que la sage-femme vous a demandé au préalable si vous étiez d'accord ?

- ☐ Oui et j'ai accepté la mise en place de ce médicament
- ☐ Oui et j'ai refusé ce médicament
- ☐ Non mais je n'étais pas contre ce médicament
- ☐ Non mais j'ai refusé ce médicament
- ☐ Je ne sais pas

- Est-ce qu'une information concernant les bénéfices et les risques de ce médicament vous a été délivrée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

4- Souhaitiez-vous une anesthésie péridurale pour votre accouchement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

- Est-ce que vous avez bénéficié d'une anesthésie péridurale ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

- Vous a-t-on informé des bénéfices et des risques de ce geste médical ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

- Est-ce que votre consentement a été recueilli au préalable ?

- ☐ Oui et j'ai accepté la péridurale
- ☐ Oui mais j'ai refusé la péridurale
- ☐ Non mais je n'étais pas opposée à la péridurale
- ☐ Non mais j'ai refusé la péridurale
- ☐ Je ne sais pas

5- Est-ce qu'une rupture artificielle de la poche des eaux a été réalisée pendant votre travail d'accouchement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Si la réponse à la question précédente est oui, répondez à la question suivante, sinon passez directement à la question 6.

- Vous a-t-on informé des bénéfices et des risques de ce geste ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas

- Vous a-t-on demandé votre consentement au préalable ?
 - ☐ Oui et j'ai accepté la rupture artificielle de la poche des eaux
 - ☐ Oui mais j'ai refusé la rupture artificielle de la poche des eaux
 - ☐ Non mais je n'étais pas contre la rupture artificielle de la poche des eaux
 - ☐ Non mais j'ai refusé la rupture artificielle de la poche des eaux
 - ☐ Je ne sais pas

- 6- Avez-vous pu vous mobiliser pendant le travail d'accouchement ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas

- 7- Avez-vous pu choisir les positions que vous souhaitiez pendant le travail ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas

- 8- Avez-vous pu opter pour la position de votre choix lors des efforts expulsifs ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas

9- Concernant les touchers vaginaux, vous a-t-on demandé un consentement au préalable ?

- ☐ Oui et j'ai accepté
- ☐ Oui mais j'ai refusé
- ☐ Non mais je n'étais pas opposée
- ☐ Non mais j'ai refusé
- ☐ Je ne sais pas

10- Est-ce qu'une épisiotomie a été réalisée au moment de l'accouchement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

- Est-ce qu'une sage-femme vous a expliqué au préalable la possibilité du recours à ce geste au moment de l'accouchement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Si la réponse à la question 10 est « oui », répondez à la question suivante, sinon passez directement à la question 11:

- La sage-femme vous a-t-elle informée au moment de l'accouchement qu'elle allait réaliser une épisiotomie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

- La sage-femme a-t-elle demandé votre consentement au préalable ?

- ☐ Oui et j'ai accepté la réalisation de l'épisiotomie si cela s'avérait être utile
- ☐ Oui mais j'ai refusé malgré tout son exécution
- ☐ Non mais je n'étais pas opposée à ce geste
- ☐ Non mais j'ai refusé ce geste au moment de son exécution
- ☐ Je ne sais pas

11- Aviez-vous élaboré un projet de naissance ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Si la réponse à la question 11 est oui, répondez à la question suivante, sinon passez directement à la question 12.

- Est-ce que votre projet de naissance a été respecté ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Précision :.....
.....
.....
.....
.....

12- Est-ce qu'un(e) accompagnant(e) (personne de confiance) était présent(e) lors de votre travail d'accouchement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si la réponse à la question précédente est oui, répondez à la question suivante, sinon passez directement à la question 13.

- Est-ce que votre accompagnant(e) (personne de confiance) vous a aidé dans la prise de décision ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Précision :.....
.....
.....
.....

13- « Je me suis sentie actrice et autonome durant mon travail d'accouchement » :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ni en désaccord ni d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Précision :.....
.....
.....
.....
.....

14- « Je me suis sentie respectée dans mes droits lors du travail d'accouchement » :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ni en désaccord ni d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Précision :.....
.....
.....
.....
.....

15- Qu'avez-vous pensé de l'accompagnement et des informations délivrés par la sage-femme concernant les actes réalisés durant le travail:

- ☐ Très bien
- ☐ Bien
- ☐ Pas mal
- ☐ Insuffisant
- ☐ Inexistant
- ☐ Je ne sais pas

- Précision :.....
-
-
-
-
-

16- L'accouchement peut être vécu comme un évènement stressant.

Pour évaluer le vécu de votre accouchement, veuillez pour chaque affirmation (numérotées de 1 à 17) entourer une réponse numérotée de 1 à 5 (1 : pas du tout, 2 : un peu, 3 : parfois, 4 : souvent, 5 : très souvent).

	Pas du tout	Un peu	Parfoi s	Souve nt	Très souve nt
1-Etre perturbée par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant	1	2	3	4	5
2-Etre perturbée par des rêves répétés en relation avec cet évènement	1	2	3	4	5
3-Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre)	1	2	3	4	5
4-Se sentir très bouleversée lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant	1	2	3	4	5
5-Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant	1	2	3	4	5
6-Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui	1	2	3	4	5

7-Eviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant	1	2	3	4	5
8-Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante	1	2	3	4	5
9-Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir	1	2	3	4	5
10-Se sentir distant ou coupée des autres personnes	1	2	3	4	5
11-Se sentir émotionnellement anesthésiée ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous	1	2	3	4	5
12-Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci	1	2	3	4	5
13-Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormie	1	2	3	4	5
14-Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère	1	2	3	4	5
15-Avoir des difficultés à vous concentrer	1	2	3	4	5
16-Etre en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes	1	2	3	4	5
17-Se sentir énervée ou sursauter facilement	1	2	3	4	5

Souhaitez-vous ajouter un commentaire ?

.....

.....

.....

.....

.....

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Résumé

Introduction : La patiente dispose de droits que l'on retrouve dans la loi Kouchner de 2002. Cette loi insiste sur le consentement libre et éclairé ainsi que sur le devoir d'information. Cependant, l'absence de consentement semble être une composante centrale de la maltraitance obstétricale. L'objectif principal de cette étude était de savoir si l'information et le consentement étaient recueillis par la sage-femme avant la réalisation d'un acte médical ou de soins. Dans un second temps, les objectifs étaient d'évaluer s'il existait un lien entre l'information et le consentement et quelle place ces derniers occupaient sur le vécu de l'accouchement de la patiente.

Patientes et Méthodes : Etude observationnelle descriptive réalisée auprès de 187 femmes hospitalisées dans le secteur Mère Enfant au sein d'un CHU de type III à l'aide de questionnaires autoadministrés.

Résultats : Les patientes doivent dans l'ensemble être mieux informées avant la réalisation d'un acte médical, et leur consentement doit être plus sollicité, surtout lors d'une épisiotomie (36% ont été informées, 48% ont consenti). Un lien entre l'information et le consentement a été retrouvé pour chaque acte médical. De plus, il existe un lien entre le vécu de l'accouchement de la patiente et le fait qu'elle se soit sentie respectée dans ses droits ($p=0,035$).

Discussion : Il serait intéressant de généraliser les dernières recommandations concernant le Syntocinon® à l'ensemble des actes médicaux réalisés en salle de naissance, c'est-à-dire informer et recueillir le consentement de la patiente au préalable. Appliquer en pratique la décision médicale partagée.

Mots-clefs : Consentement, information, violences obstétricales, vécu de l'accouchement, syndrome de stress post traumatique.

Abstract

Introduction : The patient has rights, as provided under the Kouchner law of 2002, which recognizes the importance of the patient's free and informed consent and a duty to provide information. However, lack of consent seems to be a defining attribute in obstetric abuse. The main goal of this study was to determine whether information and consent were obtained by the midwife before performing any type of medical act or care. Consequently, the second objective was to assess the existence of a correlation between information and consent and to determine the role they play in the patient's childbirth experience.

Patients and methods : Observational and descriptive study conducted on 187 women hospitalized in the mother-and-child in a Hospital Centre of Type III with results generated through a self-administered questionnaire.

Results : Generally speaking, patients should be better informed before going through a medical procedure and their consent should be more consistently sought after, especially for an episiotomy (36% were informed, 48% gave their consent). A correlation between information and consent was found for every medical act. Moreover, the way the patient experienced childbirth is directly connected to her rights and whether or not she felt they were respected. ($p=0,035$)

Discussion : It would be valuable to apply the latest recommendations regarding Syntocinon® to all medical procedures performed in the delivery room. In other words, informing the patient and getting their consent beforehand, and putting into practice the joint medical decision.

Key words : consent, information, obstetric violence, childbirth experience, PTSD