



HAL
open science

Consentement et épisiotomie : points de vue des sages-femmes

Elise Faure

► **To cite this version:**

Elise Faure. Consentement et épisiotomie : points de vue des sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02285021

HAL Id: dumas-02285021

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02285021>

Submitted on 12 Sep 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
**PARIS
DESCARTES**

U-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 16 mai 2019

par

Elise FAURE

Née le 29 septembre 1995

Consentement et épisiotomie :

Points de vue des sages-femmes

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme VEROT Christèle

Sage-femme enseignante
Ecole de de sages-femmes de Baudelocque

JURY :

Mme DEPUT RAMPON Camille

Sage-femme, Port-Royal

Mme MAREST Cécile

Sage-femme enseignante, Baudelocque

Mme SAUVEGRAIN Priscille

PhD sociologue

N° du mémoire 2019PA05MA19

Remerciements

Je tiens à remercier Christèle Vérot d'avoir accepté de diriger ce mémoire. Merci pour ses précieux conseils, son accompagnement et son soutien tout au long de mon travail.

Je remercie les sages-femmes de la maternité Notre-Dame de Bon Secours ayant accepté de participer à mon étude.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de Sages-femmes de Baudelocque pour la richesse de la formation qu'ils m'ont apporté et de m'avoir guidée jusqu'au début de ma vie professionnelle.

Je remercie également l'ensemble de la promotion 2015-2019 pour l'ambiance conviviale que nous avons réussi à maintenir durant ces quatre années.

Enfin, merci à mes amis et ma famille qui m'ont apporté conseils et soutien tout au long de mes études.

Résumé

Introduction – Objectifs : Depuis le débat sur les violences obstétricales, de nombreuses femmes ont témoigné d'épisiotomie réalisées sans leur consentement et parfois sans information. La loi du 4 mars 2002 dispose que pour tout acte médical ou chirurgical, le consentement de la personne doit être recueilli et qu'il peut être retiré à tout moment. L'objectif principal de cette étude était d'étudier l'opinion des sages-femmes au sujet du consentement à l'épisiotomie. L'objectif secondaire était d'initier une réflexion chez les professionnels de santé au sujet du recueil du consentement à l'épisiotomie.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive qualitative par entretiens semi-directifs individuels. Quinze entretiens ont été réalisés entre octobre 2018 et janvier 2019 auprès de sages-femmes de la maternité Notre-Dame de Bon Secours.

Résultats : Les sages-femmes ont une bonne connaissance théorique de la définition du consentement libre et éclairé. Elles rapportent que l'épisiotomie est un acte qui nécessite le recueil du consentement libre et éclairé du fait de sa localisation intime. En pratique, les professionnelles disent que le recueil du consentement à l'épisiotomie est difficile, principalement par manque de temps. Les sages-femmes pensent que le consentement maternel ne s'applique pas dans le cadre de l'urgence vitale fœtale. Elles pensent qu'il serait idéal d'informer les femmes sur l'épisiotomie pendant la grossesse et de recueillir leur consentement durant le travail.

Conclusion : Il serait envisageable de donner l'information sur l'épisiotomie à toutes les femmes en cours de grossesse, et de s'assurer de la compréhension de celle-ci en début de travail. Le consentement à l'épisiotomie pourrait être recueilli au cours du travail et réitéré au moment de la réalisation de l'acte si la patiente est en accord avec cette façon de procéder.

Mots clés : Episiotomie – Consentement libre et éclairé - Information

Abstract

Introduction – Objective: since obstetric violence debate, women started to talk about episiotomy performed without informed consent. The 4th march 2002 law provides that for all medical or surgical act, informed consent must be collected. Our main objective was to study midwife's opinion about informed consent and episiotomy. The secondary objective was to initiate a reflexion about this topic.

Methods: we built a descriptive qualitative study in wich we conducted semi-directive interviews. 15 midwives of Notre-Dame de Bon Secours were interviewed between october 2018 and january 2019.

Results: midwives have a good knowledge of the definition of informed consent. They think informed consent is necessary to perform episiotomy because of its intimate location. Midwives think it's difficult to gather consent, due to lack of time. They also think the informed consent does not apply in the circumstances of a fetal vital emergency. Midwives admit it would be ideal to inform women about episiotomy during pregnancy and to collect their consent during labour.

Conclusion: it would be interesting to inform every pregnant woman about episiotomy during pregnancy, and to make sure of its correct understanding at the begining of labour. Episiotomy's informed consent may be collected during labour and asked once again at the ultimate moment upon the patient's agreement.

Keywords : Episiotomy – Informed consent – Information

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	4
Abstract	5
Table des matières	6
Liste des annexes	8
Introduction	9
1. Le consentement libre et éclairé	10
1.1 Historique du consentement libre et éclairé	10
1.2 La loi du 4 mars 2002.....	12
1.3 L'importance du consentement.....	13
2. Les spécificités de la périnatalité.....	14
2.1 Le statut juridique du fœtus	15
2.2 L'aptitude à consentir.....	16
Matériel et méthodes	18
1. Question de recherche, objectifs et hypothèses	18
1.1 Question de recherche.....	18
1.2 Objectif principal.....	18
1.3 Objectif secondaire.....	18
1.4 Hypothèses	18
2. Type d'étude	19
3. Matériel.....	19
3.1 Population.....	19
3.2 Critères d'inclusion.....	19
3.3 Critères d'exclusion	19
3.4 Justification des critères d'inclusion et d'exclusion.....	19
4. Méthodes.....	20
4.1 Grille d'entretien.....	20
4.2 Déroulement des entretiens	21
4.3 Recueil des entretiens.....	22
4.4 Stratégie d'analyse.....	22
4.5 Considérations éthiques et réglementaires.....	22
Résultats et analyse	23
1. Description générale de la population d'étude	23
2. Représentations et définitions du consentement	24

2.1.	Définition du consentement libre et éclairé.....	24
2.2.	Ce que le consentement évoque.....	28
2.3	Le consentement en obstétrique	29
3.	Une situation particulière du recueil du consentement : l'épisiotomie, geste imprévisible et réalisé dans l'urgence.	31
3.1.	Un geste singulier	31
3.2.	Un geste nécessitant le recueil du consentement.....	36
3.3.	Urgence : un recueil de consentement particulier.....	38
3.4.	Ce que font les sages-femmes en pratique.....	41
3.5.	Quand recueillir le consentement pour l'épisiotomie ?.....	46
4.	Les freins au recueil du consentement.....	47
4.1	L'aptitude à consentir des patientes.....	47
4.2	Les réserves des sages-femmes	49
4.3	Le refus de consentement	51
Discussion	55
1.	Résumé des principaux résultats.....	55
2.	Discussion des résultats	56
2.1	L'information	56
2.2	Le consentement.....	57
2.3	L'urgence vitale fœtale	59
3.	Forces et limites de l'étude	60
3.1	Forces	60
3.2	Limites et biais	61
Conclusion	62
Bibliographie	64

Liste des annexes

Annexes	67
---------------	----

Introduction

A la fin de l'année 2014, une étudiante lance sur le réseau social Twitter un hashtag « #PayeTonUtérus » qui invite les femmes à témoigner des maltraitances dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique. L'appel à témoignage fonctionne et des milliers de femmes racontent leurs situations vécues en consultation de gynécologie, pendant la grossesse ou lors de l'accouchement. Les témoignages concernent notamment des actes réalisés sans leur consentement (1) (2). Parmi les actes dénoncés, l'épisiotomie est l'un des premiers à être discuté et remis en cause. Par exemple, la bande dessinée de la féministe Emma raconte « l'histoire de ma copine Cécile » qui a eu une épisiotomie (3). Le débat questionne au sein de la communauté médicale tout comme dans la population générale. L'épisiotomie et le consentement à celle-ci est donc l'un des sujets les plus discutés.

L'épisiotomie est décrite la première fois en 1742 par Fielding Ould un sage-femme irlandais. En France, elle est largement pratiquée dans les salles de naissances jusqu'au début du XXIème siècle. Dans les années 1980, les premières études concernant les bénéfices et les risques de l'épisiotomie sont publiées, c'est le début du questionnement à propos de ce geste. Depuis 2005, il n'est plus recommandé d'appliquer une politique libérale d'épisiotomie dans les établissements. Les recommandations du CNGOF, indiquent que « dans toutes ces situations obstétricales spécifiques, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur (Accord professionnel). » (5). Il est important de noter qu'il s'agit d'un accord professionnel et non pas d'une recommandation de haut grade. Les recommandations du CNGOF ne donnent pas d'indications précises pour la réalisation de l'épisiotomie même s'ils énoncent par ailleurs qu'il n'est pas recommandé de la réaliser de façon *systématique* dans les situations suivantes :

- réalisation de manœuvres obstétricales ou suspicion de macrosomie (grade C)
- extractions instrumentales (grade B)
- présentation postérieure, de la face, du siège ou accouchement gémellaire (Accord professionnel)
- en cas de rythme cardiaque « non rassurant »

Dans chacune de ces situations, le CNGOF stipule l'épisiotomie systématique, la décision est donc bien laissée à l'appréciation du praticien qui réalise l'accouchement (6). D'autres travaux précisent également que ce geste peut s'avérer nécessaire mais que l'absence de consentement éclairé doit être banni (7).

D'après l'enquête périnatale de 2016, le taux d'épisiotomie est passé de 27% à 20% entre 2010 et 2016 (8). Ce taux montre une évolution des pratiques depuis les recommandations du CNGOF de 2005 (5) (9) (3). En 2016, 34,9% des primipares et 9,8% des multipares ayant accouché par voie basse ont eu une épisiotomie. La limitation du taux d'épisiotomie est très variable en France en fonction des régions (8). En 2013, l'enquête « Episiotomie : état des lieux et vécu des femmes » du CIANE montre que dans 85% des cas, l'épisiotomie est réalisée sans demande de consentement même si l'information donnée s'est améliorée depuis 2005. L'enquête souligne un autre élément intéressant : lorsque le consentement est demandé, l'épisiotomie est acceptée dans la majeure partie des cas (10).

1. Le consentement libre et éclairé

1.1. Historique du consentement libre et éclairé

Pour comprendre l'avènement du consentement libre et éclairé dans la loi française et dans les codes de déontologies médicaux, il est impératif de comprendre les principes de dignité, de respect de la personne humaine et de non atteinte à l'intégrité du corps humain (11).

« Primum non nocere » écrit par Hippocrate se traduit par « d'abord ne pas nuire » et fonde le principe de bienfaisance. Ce dogme demande d'agir en vue du bien et dans l'intérêt du patient ce qui entrainera plus tard, l'approche paternaliste du soin.

La notion de respect de la personne humaine est introduite en 1936 dans l'article 8 du code de déontologie de la Confédération des Syndicats médicaux français : « Le médecin doit avoir un grand respect de la personne humaine ; il doit s'interdire notamment toute thérapeutique injustifiée (médicale ou chirurgicale), toute expérimentation inconsidérée, et tout acte qui atteindrait, dans l'indépendance de sa volonté ou dans sa liberté, une personne saine d'esprit ». Néanmoins, avant la Seconde Guerre Mondiale, il n'existait pas de régime d'éthique légal ou déontologique uniformément appliqué (12). L'ordre des médecins est créé en 1940 sous le régime de Vichy et le principe de respect de la personne humaine est repris dans le code de déontologie et statuts de la profession médicale en 1941.

En 1942, Monsieur Teyssier se retourne contre son chirurgien pour l'avoir amputé d'un bras à la suite d'une intervention ayant mal tourné. Cet homme se plaint de ne pas avoir été informé de l'intervention et de ne pas avoir pu donner son consentement au préalable. L'arrêt Teyssier de la FAURE Elise

Cour de Cassation affirme le devoir pour le médecin d'informer le malade pour obtenir son consentement (13) (14).

En 1947, à la suite des expérimentations effectuées par des médecins nazis sur des humains dans les camps de concentrations, le procès de Nuremberg fait débiter le cadre juridique de la recherche. Le code de Nuremberg dispose que : « le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel » et aborde le concept de liberté « le sujet humain doit être libre de mettre un terme à l'expérience » (15). La loi Huriot-Serusclet de 1988 viendra compléter le cadre juridique de la recherche afin de protéger les personnes se prêtant à la recherche biomédicale.

Un an plus tard, en 1948, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen initie la notion d'égalité de liberté et de dignité des êtres humains avec son article premier « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. » (16). Il s'agit d'un tournant majeur de prise en compte des principes de dignité et de respect de la personne humaine.

En parallèle le code de Déontologie médicale continue d'évoluer. L'article 2 de 1955 « Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin » devient en 1979 « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine ». Aujourd'hui, cet article a été complété par « [...] respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité » (17).

En 1983, sous la présidence de François Mitterrand, la création du Comité Consultatif National d'Ethique a pour vocation de soulever les enjeux éthiques des avancées scientifiques dans le domaine du vivant. C'est cette institution qui abordera pour la première fois la notion de personne de confiance incluse dans la loi du 4 mars 2002 (18).

En 1994, les lois de bioéthique introduisent les concepts d'atteinte à la dignité humaine, de respect du corps et d'atteinte à l'intégrité du corps. Ceux-ci apparaissent respectivement dans les articles 16, 16-1 et 16-3 du Code Civil (19) :

- **Article 16** : La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie.
- **Article 16-1** : Chacun a droit au respect de son corps.

Le corps humain est inviolable.

Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial.

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

Au niveau européen, la Convention d'Oviedo du conseil de L'Europe déclare à l'article 5 : « Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. » (20).

L'obligation de recueil du consentement libre et éclairé dans les textes de loi et dans les codes auront pris plusieurs décennies. L'un des textes fondateurs de la relation de soin est issu de la loi du 4 mars 2002.

1.2. La loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est l'un des fondements de la relation soignant-patient (14)(21). Elle aborde les spécificités de l'information donnée au patient ainsi que l'expression de sa volonté : le consentement.

L'article L. 1111-2 du code de la santé publique dispose que toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et énumère le contenu de l'information (14) : « les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » (22). Cette information doit être accessible, intelligible et loyale comme le rappelle la Charte du patient hospitalisé (23). Les deux exceptions à l'information du patient sont l'urgence et l'impossibilité d'informer. Ces deux notions sont relativement imprécises. En effet, le degré d'urgence n'est pas défini, s'agit-il d'une notion de temps ? De risque vital ? De même pour la notion d'impossibilité : aborde-t-on ici la conscience du patient ? Son autonomie ? La barrière de la langue peut-elle être considérée comme une impossibilité ? La possibilité que le patient ne souhaite pas être informé est aussi prévue dans l'article : « La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. » (22).

L'article L. 1111-4 dispose qu' « 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. » (24). Cet article expose le caractère du consentement. Celui-ci est dit :

- « Libre » : la décision ne doit pas être prise sous la menace ou la contrainte ;
- « Éclairé » : le consentement est donné à la suite d'une information claire et loyale.
- « Renouvelable » : le recueil du consentement doit être réitéré autant de fois qu'il est nécessaire.
- « Révocable » : le consentement peut être retiré à tout moment.

La loi reste relativement imprécise sur les formes et modalités du consentement (14). En effet, il est précisé que la preuve de l'information incombe au professionnel de santé (25). Pour ce qui est du consentement, il doit être écrit pour certaines situations spécifiques : AMP, IVG, recherche biomédicale... (24). Pour toutes les autres situations, le consentement peut être un accord écrit ou verbal.

La loi du 4 mars 2002 met en place la personne de confiance qui permet aux patients hospitalisés de désigner une personne de leur choix pour les aider dans les démarches et prises de décisions. La personne de confiance rend compte de la volonté du patient dans le cas où celui-ci serait hors d'état d'exprimer sa volonté.

Cette loi a donné une nouvelle dynamique à la relation soignant - patient tendant vers une approche moins paternaliste où le patient devient acteur de sa santé et participe avec son médecin à la décision médicale.

1.3. L'importance du consentement

L'instauration du recueil du consentement dans la pratique médicale a favorisé le respect de l'autonomie de la personne. Il a également atténué l'approche dite « paternalisme ». Pour comprendre la notion de paternalisme, il faut distinguer deux positions éthiques (26). La première dite « téléologique » correspond au principe de bienfaisance et de non-malfaisance. Autrefois, le médecin savant, prenait les décisions qu'il considérait comme étant les bonnes pour ses patients. Le consentement du patient n'était pas recueilli et parfois même l'information n'était pas donnée. La seconde dite « déontologique » est fondée sur le principe du respect de l'autonomie des patients. Le patient est invité à participer à la décision médicale. La médecine actuelle tente de concilier ces

FAURE Elise

deux principes : faire le bien en respectant la décision des patients. Cependant, ces deux principes peuvent se retrouver en tension. Par exemple, lorsqu'un patient pour des convictions personnelles ou religieuses refuse un soin, un traitement et met sa vie en danger, une tension se crée pour le soignant entre respecter sa volonté au risque que son état se dégrade ou bien appliquer le soin ou le traitement contre sa volonté. Si l'on transpose la situation à l'épisiotomie : la tension peut apparaître si une patiente refuse l'épisiotomie alors qu'il existe un risque de lésions périnéales sévères. De même, que faire si la patiente refuse l'épisiotomie dans la situation du périnée tonique retenant la présentation fœtale alors qu'il existe des anomalies du rythme cardiaque fœtal sévères ?

G. Moutel rappelle à quel point il est important de ne pas banaliser le consentement et que celui-ci découle de deux niveaux différents (27):

- Le niveau éthique qui repose sur le principe de respect de l'autonomie du patient
- Le niveau juridique qui s'appuie sur le droit des patients à accepter ou à refuser un soin, un traitement après avoir reçu une information éclairée

Dans le domaine de l'obstétrique, l'information et le consentement sont des éléments indispensables au bon déroulement du suivi de la femme enceinte. De plus, les femmes et les couples ont de plus en plus le souhait d'être acteurs dans le suivi de la grossesse et lors de l'accouchement. Depuis 1992, le « Birth Plan » anglais est devenu une pratique courante. En France, le projet de naissance apparaît dans les années 2000, et il est estimé à 3,7% les patientes qui en ont rédigé un entre 2010 et 2016 (8). Ce faible taux s'explique sans doute par les réactions des soignants face au projet de naissance qui peuvent être négatives, il est d'ailleurs parfois appelé « contrat d'accouchement » (28). La demande de ne pas avoir d'épisiotomie très fréquemment retrouvée dans les projets de naissance.

2. Les spécificités de la périnatalité

Dans le domaine de la périnatalité, la relation de soin possède certaines spécificités. Dans un premier temps, la situation de l'urgence. Comme vu précédemment, l'urgence est l'une des exceptions à l'information et au recueil du consentement. En obstétrique, le contexte d'urgence est fréquent et il convient tout de même d'informer au mieux afin d'assurer un meilleur vécu aux patientes. Bien entendu, l'agitation, le temps, la peur du couple, parfois le stress accompagnant les soignants dans ces situations peuvent être des raisons qui altèrent le contenu de l'information (29).

Certaines patientes font d'ailleurs le choix d'exprimer dans leurs projets de naissance ce qu'elles souhaitent et refusent pour leur accouchement et ses suites.

De plus, la multiplicité des intervenants dans le domaine de la périnatalité ajoute une difficulté à l'information donnée aux patientes. Les pédiatres, les obstétriciens, les sages-femmes, les échographistes, sont tous impliqués à divers niveaux dans le suivi de la grossesse, l'accouchement et les suites de celui-ci. Il est évident que les avis de ces professionnels ne convergent pas systématiquement. On peut également mettre en avant, le développement récent du réseau ville hôpital qui accroît également le niveau d'intervenants auprès de la femme enceinte (30).

Enfin, l'état de grossesse est physiologique et se déroule la plupart du temps sans développement de pathologie. Il s'agit alors d'une surveillance de la mère mais aussi du bon développement de l'embryon puis du fœtus. L'enfant à naître, logé dans l'utérus maternel implique que les dépistages, les investigations, les traitements fœtaux passent par le corps de sa mère. Il est alors indispensable qu'elle reçoive toutes les informations nécessaires afin de consentir à tous les gestes effectués sur son corps mais aussi à ce que cela implique en termes d'investigations pour son enfant.

Dans la majeure partie des cas il existe une triade : la mère, le père et l'enfant à naître. Pour délivrer une information adaptée, il convient d'écouter la mère, le père, le couple. Chaque individu a son opinion, ses craintes et ses désirs, et ceux-ci ne sont pas toujours homogènes au sein du couple (29). La place du père nous interroge également dans cette situation si spécifique : a-t-il le même pouvoir décisionnel que la mère alors que son corps n'est pas impliqué ? Si l'on prend l'exemple de l'interruption de grossesse, d'après l'article L. 2212-4 du Code de la Santé Publique, « Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre. » (31). En revanche, l'arrêt du 10 octobre 1980 du Conseil d'Etat a rejeté la requête d'un père à être indemnisé du fait de ne pas avoir pu participer à la consultation ni à la décision de sa femme (32). Dans cette situation, l'avis du père n'est donc que facultatif. En effet, avant la naissance de l'enfant, le père ne constitue pas un représentant légal de « l'enfant à naître ». Cela est dû au statut juridique de l'embryon et du fœtus.

2.1. Le statut juridique du fœtus

En droit français, le fœtus n'est pas défini comme une personne physique et ne possède donc pas de personnalité juridique. Seul le concept d'infans conceptus permet au fœtus d'avoir une

personnalité juridique et ce de manière rétroactive. L'adage : « infans conceptus pro nato habetur quoties de comodo ejus agitur » peut se traduire par « L'enfant conçu sera considéré comme né chaque fois qu'il pourra en tirer avantage ». Ce proverbe évoqué dans l'article 311 du Code Civil est surtout utilisé dans les contextes d'héritage (33).

Dans les années 1980, le CCNE introduit la notion de « personne humaine potentielle » pour qualifier l'embryon et réguler la recherche. Néanmoins, le statut juridique de l'embryon et du fœtus n'est pas identique à celui de l'enfant né. D'après l'article 16 du Code Civil, « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. » (19). Le commencement de la vie en droit correspond à la naissance bien que le fœtus soit considéré comme un patient avant sa naissance.

L'article 221-6 du Code Pénal dispose que « Le fait de causer, [...], par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. » (34). Cependant la Cour de Cassation a refusé d'appliquer cet article dans le cas d'un fœtus décédé impliquant dans un cas une sage-femme et dans l'autre un automobiliste (35,36). A deux reprises, en 2001 et 2002, la Cour de Cassation déclare « qu'il ne peut y avoir d'homicide qu'à l'égard d'un enfant dont le cœur battait à la naissance et qui a respiré ».

Il est possible de transposer ces situations au refus maternel d'une intervention indispensable pour la survie du fœtus. Les interventions passent inévitablement par le corps de la femme qui porte l'enfant. On peut prendre l'exemple en 2011, du refus maternel d'une césarienne d'indication fœtale (37). La naissance de l'enfant mort-né n'avait pas conduit à des poursuites judiciaires mais ces différentes histoires sont sources de questionnement et de fortes tensions éthiques.

2.2. L'aptitude à consentir

L'information donnée au patient doit être claire, loyale et appropriée. Cela signifie que l'information doit être adaptée à la personne qui la reçoit. Il est indispensable de s'assurer de la bonne compréhension du patient dans un premier temps mais également de sa capacité à prendre une décision. Cette notion a été étudiée notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou encore dans le domaine de la psychiatrie, mais peu en obstétrique.

La capacité décisionnelle d'une personne est définie par 4 critères : comprendre, apprécier, raisonner et exprimer un choix (38). Lors du débat sur les violences obstétricales, certains professionnels de santé ont soutenu que les parturientes ne possédaient pas les connaissances médicales pour apprécier les informations données.

La vulnérabilité a pour origine latine *vulnerabilis* signifiant « qui peut être blessée » (39). En périnatalité, on parle de vulnérabilité du fait du déséquilibre que peut entraîner l'arrivée d'un enfant (40). Nous nous demandons si la vulnérabilité de la femme enceinte pourrait avoir un impact sur sa capacité à consentir. La question de la capacité décisionnelle des femmes en travail s'est surtout posée pour le consentement à l'analgésie péridurale (41). La femme vulnérable et très algique est-elle dans une situation où elle peut consentir librement ? Dans l'étude de Black et Cyna de 2006, 70% des anesthésistes estimaient que le travail altérerait la capacité à donner un consentement libre et éclairé (42). Le peu d'étude sur le sujet ne permet pas de conclure quant à la capacité décisionnelle des parturientes. De plus, la volonté d'une approche moins paternaliste avec nos patientes implique d'informer, de partager la décision médicale qu'importe le contexte de douleur. Il reste la question de la valeur du consentement lorsqu'il est donné dans un état d'extrême vulnérabilité : au moment de poussée, quand il y a des anomalies du rythme cardiaque fœtal...

Matériel et méthodes

1. Question de recherche, objectifs et hypothèses

1.1. Question de recherche

Quel est le point de vue des sages-femmes concernant le recueil du consentement libre et éclairé dans le cas de l'épisiotomie ?

1.2. Objectif principal

Etudier les différents points de vue des sages-femmes quant au recueil du consentement libre et éclairé dans le cas de l'épisiotomie.

1.3. Objectif secondaire

Initier une réflexion sur la notion de consentement dans la situation du geste chirurgical imprévisible et réalisé dans l'urgence.

1.4. Hypothèses

- Les représentations et la définition du consentement libre et éclairé sont des concepts que chaque sage-femme s'approprie en fonction de son histoire professionnelle et personnelle
- L'épisiotomie, geste réalisé dans l'urgence et non prévisible a priori, est perçue par la majorité des sages-femmes comme une situation particulière du recueil du consentement.
- Les sages-femmes appréhendent de s'exposer à un refus de consentement et aux conséquences qui en découlent.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive qualitative par entretiens semi-directifs individuels.

3. Matériel

3.1. Population

Les sages-femmes sollicitées travaillaient régulièrement en salle de naissance à la maternité Notre Dame de Bon Secours.

3.2. Critères d'inclusion

- Sages-femmes diplômées d'Etat quelle que soit l'année de diplôme
- Sages-femmes ayant travaillé en salle de naissance à la maternité Notre-Dame de Bon Secours au cours de la dernière année.

3.3. Critères d'exclusion

- Sages-femmes n'ayant pas effectué de garde en salle de naissance depuis plus d'un an.

3.4. Justification des critères d'inclusion et d'exclusion

Le choix des sages-femmes se voulait relativement large car la question de recherche s'adressait à tout professionnel de santé étant amené à réaliser des épisiotomies. Les sages-femmes interrogées étaient de tout âge, avaient des parcours professionnels différents. Leur année et lieux d'obtention du diplôme étaient également différents. L'objectif de diversifier le profil des personnes incluses dans le panel était d'enrichir les réponses.

En 2016, le journal Le Monde a publié les taux d'épisiotomie des maternités de France avec les données recueillies par la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (43). Le choix de la maternité de Notre-Dame de Bons Secours s'est basé sur le taux d'épisiotomie publié dans FAURE Elise

cet article (42% pour les primipares et 13% pour les multipares en 2016). Ce taux est indicateur d'une pratique plutôt libérale de l'épisiotomie de la part des professionnels de santé de cet établissement.

Le seul critère d'exclusion était celui de la pratique en salle de naissance datant de plus d'un an. Les sages-femmes n'ayant pas réalisé de salle de naissance depuis plus d'un an ne pouvaient pas participer à l'entretien. Nous avons la volonté que les sages-femmes interrogées aient eu une pratique récente de l'accouchement ainsi qu'une bonne connaissance du service de salle de naissance : charge de travail, politiques de service, émotions liées à l'urgence...

4. Méthodes

4.1. Grille d'entretien

Après avoir effectué une revue de la littérature sur le recueil du consentement et avoir participé à plusieurs conférences sur le sujet de l'épisiotomie, nous avons réalisé une grille d'entretien. Avant de débiter l'étude, la grille a été testée auprès d'une sage-femme répondant aux critères d'inclusion mais travaillant dans une autre maternité.

Ce premier entretien qui n'a pas été inclus dans les résultats de notre étude nous a permis de maîtriser l'exercice de l'entretien individuel et de peaufiner la rédaction des questions. Les questions de l'entretien ont été regroupées en 5 parties.

La première partie portait sur les représentations et la définition du consentement libre et éclairé. Une définition personnelle du « consentement libre et éclairé » était demandée ainsi que des exemples associés à leurs pratiques au quotidien. Ces questions visaient à évaluer si le professionnel pensait spontanément à l'épisiotomie comme un geste nécessitant le recueil du consentement. L'aptitude des femmes à donner un consentement réellement libre et éclairé lors de l'accouchement était aussi abordée.

La deuxième partie s'intéressait à la situation spécifique de l'épisiotomie. Ces questions permettaient de comprendre les situations au cours desquelles le professionnel réalisait des épisiotomies et si elles étaient réalisées dans l'urgence. Cette partie du questionnaire s'intéressait également au recueil du consentement dans les situations d'urgence. Il était ensuite demandé aux sages-femmes si elles recueillaient le consentement de la patiente avant de pratiquer une

épisiotomie. Ces questions visaient à identifier la pratique de la sage-femme participant à l'entretien et comprendre les raisons les ayant amenés à procéder ainsi.

La troisième partie permettait d'observer l'expérience de l'exposition au refus de consentement des sages-femmes. Les professionnelles étaient invitées à témoigner d'une expérience de confrontation au refus de consentement et d'évoquer les répercussions sur leur pratique actuelle. Il leur était également proposé de s'exprimer sur le moment idéal du recueil du consentement dans la situation de l'épisiotomie. Ces questions avaient pour objectif de nous renseigner sur des situations marquantes de refus de consentement ayant pu avoir un impact sur leur façon de recueillir le consentement.

La quatrième partie était une série de trois cas cliniques très succins permettant de comprendre le raisonnement des sages-femmes face à des situations peu courantes mais pouvant questionner quant au recueil du consentement : bradycardie fœtale, antécédent de périnée complet, ainsi qu'une situation où la patiente refusait catégoriquement une épisiotomie alors que le professionnel avait, selon lui, une indication médicale à la réaliser.

Enfin, la dernière partie portait sur le profil de l'interlocuteur afin de pouvoir dresser un profil de la population étudiée.

Chaque entretien se terminait par un temps libre de parole afin de laisser la liberté au professionnel de santé de s'exprimer sur le sujet du consentement et de l'épisiotomie.

4.2. Déroulement des entretiens

Après avoir obtenu l'accord du chef de service ainsi que celui de la sage-femme coordinatrice pour réaliser l'étude au sein de la maternité, nous avons souhaité informer les professionnels du déroulement de l'étude au sein de la maternité. Une affiche expliquant le sujet de l'étude ainsi que sa méthodologie a été déposée dans les salles de repos de salle de naissance, suites de couches, et grossesse à hauts risques au mois de juillet 2018. Un mail accompagné de l'affiche a également été envoyé à toute l'équipe de sages-femmes de la maternité à cette même période. Il était proposé de se porter volontaire par mail ou par téléphone pour fixer une date d'entretien. Finalement, aucun professionnel n'a donné de réponse par ces deux biais. Ainsi, les entretiens ont été réalisés au cours des gardes des sages-femmes.

Initialement, nous avions la volonté de réaliser les entretiens en dehors des horaires de garde des sages-femmes afin qu'elles ne puissent pas être dérangées ou déconcentrées lors des échanges.

Nous souhaitions donc réaliser les entretiens en fin de garde à l'hôpital ou en dehors de l'hôpital. Seul trois entretiens ont été réalisés dans ces conditions : l'un au domicile de la sage-femme, les deux autres dans des cafés. Pour les autres entretiens, nous nous sommes rendus à la maternité dans l'espoir de réaliser des entretiens sur des temps de garde. Plusieurs tentatives se sont avérées infructueuses en raison de gardes très chargées. Au total, sept entretiens ont été réalisés dans le service de suites de naissance, quatre en salle de naissance, et un en service de grossesse à hauts risques. Les entretiens ont été réalisés dans les salles de repos ou petits salons. Certains entretiens ont été perturbés par des appels téléphonique ou interventions de personnel du service. Une pédiatre est intervenue lors d'un entretien en donnant son propre avis et son opinion sur les réponses de la sage-femme.

4.3. Recueil des entretiens

Tous les entretiens ont été enregistré avec l'accord du participant, à l'aide d'un dictaphone. Ils ont été retranscrits intégralement au fur et à mesure de l'étude.

Quinze entretiens ont été nécessaires pour obtenir l'effet de saturation. Celui-ci a été atteint une fois que la plupart des notions étaient retrouvées au cours des entretiens.

4.4. Stratégie d'analyse

Nous avons procédé à une analyse thématique. Celle-ci a permis de faire émerger des thèmes de chaque entretien. Ceux-ci ont ensuite été confrontés et mis en relation les uns avec les autres.

4.5. Considérations éthiques et réglementaires

L'autorisation à réaliser l'étude au sein de la maternité Notre-Dame de Bon Secours a été recueillie auprès du chef de service ainsi que de la coordinatrice sage-femme en mai 2018.

Une information orale concernant le sujet de l'entretien et son déroulement était effectué et un consentement oral à l'enregistrement était recueilli. Les propos des sages-femmes ont été entièrement anonymisés. Les enregistrements audios seront détruits à l'issue de ce travail.

Résultats et analyse

1. Description générale de la population d'étude

La population de l'étude se composait de 15 sages-femmes effectuant des gardes à la maternité Notre-Dame de Bon Secours. Elles ont été diplômées entre juin 2008 et juin 2018. Les sages-femmes étaient donc pour la plupart récemment diplômées.

Les entretiens ont duré entre 17 et 36 minutes avec une moyenne de 28 minutes. Le temps des entretiens était restreint du fait de leur réalisation sur des temps de garde.

Par soucis d'anonymisation et n'ayant pas d'intérêt pour l'analyse, les prénoms des sages-femmes ont été modifiés. Le lieu et leur parcours professionnel seront tus également. Les participantes à l'étude ont été regroupée en deux catégories en fonction de leur année de diplôme. Nous avons choisi de les regrouper en fonction de l'année 2015. Les RPC du CNGOF sur l'épisiotomie datant de 2005, nous avons pensé qu'il faudrait environ 10 ans pour que ces recommandations aient un impact sur la formation et donc la pratique des sages-femmes. De plus, le débat sur les violences obstétricales ayant débuté à la fin de l'année 2014, l'année 2015 pourrait être un tournant dans la relation sages-femmes patiente. La population de l'étude regroupe ainsi :

- Diplôme obtenu avant 2015 : Juliette, Alice, Béatrice, Romane, Clothilde et Noémie
- Diplôme obtenu après 2015 : Sophie, Isabelle, Lucie, Mathilde, Dounia, Elisabeth, Valentine, Hélène et Karine

2. Représentations et définitions du consentement

L'objectif de cette partie est d'étudier les différents points de vue des sages-femmes sur le consentement libre et éclairé.

2.1. Définition du consentement libre et éclairé

2.1.1. Un recueil de consentement souvent incomplet

Au cours des entretiens, nous avons remarqué que le consentement libre et éclairé n'était pas une notion évidente à définir pour toutes les sages-femmes. Certaines évoquent principalement l'information, d'autres l'accord ou encore les modalités du consentement.

2.1.1.1. L'information

Pour quelques sages-femmes, une confusion s'opérait entre le consentement et l'information. Par définition, l'essence du consentement n'est pas une information mais un accord. Lucie répond à cette question sur sa définition du consentement par : « *Le consentement libre et éclairé, c'est expliquer à la patiente le geste* » (Lucie).

Une seconde sage-femme répond « *j'estime qu'elles m'ont donné un consentement clair et suffisamment éclairé quand j'ai donné le maximum d'explications sur le geste que je vais leur faire ou ce que je vais leur proposer.* » (Alice). Alice insiste sur l'information qui doit être donnée à la patiente sans pour autant parler d'« accord » entre elle et la patiente .

Pour ces deux sages-femmes, le consentement se définit par l'information à la patiente.

2.1.1.2. L'accord

Treize des sages-femmes de l'échantillon ont donné une définition où l'information et l'accord de la patiente sont présents :

« *Consentement libre et éclairé, c'est le fait d'informer la patiente sur le geste qu'on va effectuer et lui demander si elle est d'accord en toute connaissance de cause.* » (Romane)

« Ça signifie que je donne à l'instant t à la patiente, toutes les informations dont elle a besoin pour prendre une décision qui selon elle est la plus juste, éclairée par toutes les informations que je vais pouvoir lui donner sur sa situation, [...] » (Clothilde)

« Pour moi dans le libre et éclairé, la grosse partie c'est que les gens soient informés, c'est l'information des patientes. [...] Nous en tant que sage-femme, j'ai l'impression qu'on pèse un peu la balance et qu'on essaye de proposer ce qui nous semble le plus juste dans une situation, mais il faut qu'elle soit d'accord car ça concerne son corps, son enfant. » (Hélène)

Elles rappellent que le choix doit être fait par la patiente et qu'elle « puisse choisir en âme et conscience » (Béatrice).

2.1.1.3. Applications du consentement

Quatre sages-femmes ont approfondi leur définition notamment en précisant le contenu de l'information comme le dispose l'article L. 1111-2 du code de la santé publique :

« En gros, information claire sur... en quoi consiste ce qu'on va faire, quelles conséquences ça peut avoir, et quelles conséquences ça peut avoir de refuser et quelles options elle a, autre que ce qu'on lui propose... » (Sophie)

« [...] s'assurer qu'ils ont bien compris ce qui leur est proposé, les enjeux, les bénéfices, les risques. » (Béatrice)

« [...] c'est-à-dire les pour et les contres, les avantages et les désavantages de chaque option qui sont possibles pour le patient. » (Elisabeth)

« Alors bien informer la patiente, des soins qu'on va lui prodiguer, éventuellement des effets secondaires potentiels, [...] » (Noémie)

Ces sages-femmes répondent au contenu de l'information. Valentine module l'information en fonction des envies des patientes : « [...] quand il s'agit de donner du doliprane, je les informe pas forcément sur ce que c'est mais voilà dans le sens de ce qu'ils connaissent et ce qu'ils ont envie de savoir du geste que je vais faire ». (Valentine)

Théoriquement, pour Sophie et Béatrice, l'information associée au recueil du consentement concerne tous les gestes.

« Voilà finalement tout, même une prise de sang en soit, tout geste à un moment, un petit peu intrusif, un petit peu invasif quoi. » (Sophie)

« Pour chaque étape. Chaque étape des prises en charge en fait. » (Béatrice)

Globalement, la connaissance du contenu de l'information est plutôt bien maîtrisée et commune aux sages-femmes et ce peu importe leur année de diplôme.

2.1.1.4. Formes du consentement

L'aspect renouvelable et la révocabilité du consentement ont aussi été cités par les sages-femmes :

« Je pense que c'est important de dire qu'elle peut retirer son consentement à tout moment et donc... S'il le faut demander plusieurs fois explicitement « est ce que je peux faire ça ? ». (Sophie)

« Du coup si les choses changent, ça demande de la tenir au courant » (Karine)

« Donc expliquer pourquoi on doit le faire, et demander « est ce que je peux le faire » et quand on est sur le point de le faire, limite redemander à nouveau, et si on doit faire plusieurs touchers vaginaux, redemander à chaque fois. » (Sophie)

« Le toucher vaginal, moi je leur demande toujours « est-ce que je peux vous examiner ? », mais toujours, même en salle de naissance quand je l'examine pour la 6^{ème} ou 7^{ème} fois, je lui demande toujours « est-ce que je peux vous examiner ? ». (Alice)

Ces deux aspects du recueil du consentement sont respectés même s'ils ne concernent pas tous les gestes. L'exemple donné est d'ailleurs souvent le même : le toucher vaginal. Pour le consentement à proprement parler, chaque professionnel semble l'utiliser à sa façon.

2.1.2. Un consentement implicite

Huit sages-femmes parlent d'un consentement implicite. Il n'est ni oral, ni écrit, mais compris.

« La perfusion, là je leur demande pas clairement, « est ce que vous voulez, est ce que vous êtes d'accord ? » mais je leur dis que ça fait partie de l'accouchement. Après j'estime que l'accord même s'il est pas exprimé clairement par des mots, elles sont d'accord puisqu'elles donnent leurs bras, elles se laissent faire quoi... » (Alice)

« Pour une perfusion ça change pas grand-chose, parce que je pense qu'elle se doute qu'elle va avoir des soins à l'hôpital, qu'on va faire quelque chose mais c'est vrai que on ne demande pas vraiment l'autorisation de le faire, on dit qu'on va le faire. » (Romane)

« Le consentement il peut être tacite en fait. Par le simple fait que les parents se sont présentés pour accoucher dans une maternité. » (Clothilde)

FAURE Elise

Ces sages-femmes déclarent que pour toute une partie des soins, le consentement n'a pas besoin d'être exprimé. D'autres sages-femmes parlent de ce consentement implicite plutôt pour les situations d'urgence :

« [...] je pense que dans ces cas-là on est vraiment plus dans l'informatif au strict minimum que dans le consentement d'accord ou pas d'accord. » (Valentine)

« ce genre de trucs doit être abordé pour moi soit en préparation à la naissance, soit pendant le travail pour qu'en gros il y ait un accord tacite entre sage-femme et patient. » (Mathilde)

« [...] genre la césarienne en urgence... C'est vrai que c'est pas... T'explique quoi, c'est pas le consentement, c'est l'information... « on va faire une césarienne parce que machin... » c'est pas « est ce que vous seriez d'accord pour aller au bloc opératoire ? ». (Lucie)

Ainsi, par l'information donnée, les gestes, le regard, les sages-femmes supposent que la patiente a consenti, qu'elle s'exprimerait pour s'opposer. L'information serait alors une porte ouverte au refus de la patiente :

« Je pense que c'est plutôt l'explication qui fait la partie éclairée qui ouvre la porte sur « si vous vous y opposer dites le » mais plus que le recueillir cette fois. Donc c'est un consentement un peu implicite. » (Karine)

« Souvent je considère plus ou moins que l'information, s'ils me disent pas non, c'est du consentement. Après bien sûr ça dépend pour quoi, de toute façon il y a des choses il faut un consentement écrit forcément mais voilà tout est relatif. » (Valentine)

« Dans les faits comme elles disent rarement non, sur les révisions utérines, sur les hémorragies de la délivrance ou autre, c'est rare qu'elles refusent mais elles ont l'occasion de le faire si on explique. » (Noémie)

Le présupposé que la patiente s'opposera si elle n'est pas d'accord est retrouvé trois fois au sein de notre échantillon.

2.1.3. Un consentement peu respecté

Avant même d'avoir posé la question des pratiques des sages-femmes, certaines professionnelles admettent que le recueil du consentement n'est pas toujours respecté :

*« En fait pour chaque prise en charge. Tout ce qu'on fait, on est **censé** avoir le consentement libre et éclairé des patientes. » (Béatrice)*

« [...] T'es **censée** demander si elle est d'accord ou pas en fonction des gestes plus ou moins invasifs quoi. »
(Isabelle)

« Enfin tout geste qu'on fait à l'hôpital **normalement on devrait** avoir recueilli un consentement libre et éclairé. [...] parce qu'en général on dit « je vais vous poser une perfusion », mais **on demande pas** « est ce que vous êtes d'accord pour que je pose une perfusion ? ». (Romane)

La définition du consentement libre et éclairé est plutôt bien connue des sages-femmes de l'échantillon même si deux des sages-femmes l'associent uniquement à une information. Toutes les sages-femmes de l'échantillon citent l'information dans leur définition du consentement. Dans notre population, le recueil du consentement n'est pas toujours respecté et souvent informel. Les sages-femmes connaissent le caractère renouvelable et révoquant du consentement bien qu'elles l'abordent essentiellement pour le toucher vaginal.

2.2. Ce que le consentement évoque

Nous avons la volonté de ne pas aborder spontanément le sujet de l'épisiotomie dans le but d'étudier son association au consentement par les sages-femmes.

2.2.1. L'épisiotomie

Lorsque l'on demande à Karine ce que le consentement lui évoque, elle répond : « Là spontanément ça m'évoque l'épisiotomie, parce que je trouve que c'est un gros... enfin un sujet ou le consentement est pas très facile. » (Karine)

Toutes les sages-femmes de l'échantillon, ont abordé spontanément le sujet de l'épisiotomie. Cela témoigne d'une forte association entre l'épisiotomie et le recueil du consentement. Cependant, cela est souvent abordé comme une situation « difficile », « problématique ».

2.2.2. L'aspect juridique

Deux sages-femmes ont un point de vue plus juridique. Pour Romane, le consentement lui évoque la loi. Elisabeth partage son point de vue : « *La première chose à laquelle je pense c'est loi : c'est le côté législatif qui me vient en premier je pense.* »

Elisabeth ajoute plus tard : « *D'autant plus avec le côté très médico-légal d'aujourd'hui, les praticiens font beaucoup plus attention, et donc plus attention au consentement libre et éclairé.* » (Elisabeth).

2.2.3 L'importance du consentement

Dix des sages-femmes disent que le recueil du consentement est fondamental dans la prise en charge des patientes. Clothilde se souvient de « *toutes les situations dans lesquelles moi j'ai été choquée du manque d'information, du manque de consentement d'une patiente vis-à-vis d'un geste, d'un soin, d'une pratique, d'un... Même d'avoir omis de dire, voilà, des choses qui auraient pu modifier ou pas le choix d'une patiente par rapport à sa situation.* » (Clothilde). Noémie rappelle que ce consentement doit être recueilli « *quelle que soit la charge de travail, l'activité, le degré d'urgence* » (Noémie) et le qualifie d'« impératif », de « fondamental » et de « primordial ». Pour Valentine, le recueil du consentement est un garant de la liberté des patientes : « *ça m'évoque quand même une liberté pour la patiente, c'est-à-dire que on n'oblige à rien.* » (Valentine)

Lucie pense à l'évolution des pratiques médicales au cours des dernières décennies et se réjouit d'une approche moins paternaliste avec les patientes.

Finalement, le consentement évoque une multitude de gestes ou d'idées. La majorité des sages-femmes pensent en théorie que le recueil du consentement des patientes est fondamental et indispensable.

2.3 Le consentement en obstétrique

Nous nous sommes demandé si l'obstétrique était considérée comme une spécialité où le recueil du consentement était perçu différemment d'une autre spécialité médicale. Plusieurs éléments ont émergé des entretiens.

2.3.1. La dyade mère-enfant

Cinq des sages-femmes évoquent cette difficulté, la prise en charge de deux patients, au sein d'un même corps. Pour Elisabeth, l'information est plus longue et plus complexe à donner : *« c'est vrai que le consentement libre et éclairé ça passe quand même par toute une phase d'explication, et ça fait beaucoup de choses à expliquer : et le côté maternel et le côté fœtal. » (Elisabeth)*

Hélène aussi pense à la difficulté de donner une information claire sur le plan maternel et sur le plan fœtal et utilise l'exemple de l'épisiotomie : *« Enfin là je pense particulièrement à l'épisiotomie par exemple où le bénéfice pour elle on l'a pas trop vu, et l'intérêt qui peut être important pour son enfant. Un peu la particularité de l'obstétrique. » (Hélène)*. Sophie s'interroge également sur cette spécificité : *« S'occuper du bien-être de l'enfant, là c'est particulier parce que du coup on passe forcément par sa mère entre temps. Par exemple est ce qu'on aurait besoin du consentement de la mère pour pratiquer une césarienne pour sauver la vie de son bébé ? » (Sophie)*

Lucie pense que cette dyade altère d'une certaine manière la liberté de décision de la patiente.

« Donc il est probable qu'il soit peut-être moins libre, dans le sens où... Si on dit aux mamans, « c'est pour sauver la vie du bébé », il y a plus beaucoup de liberté en fait, c'est juste une information. » (Lucie)

Enfin, Karine évoque un trio dans la prise de décision en ajoutant le père : *« je sais pas si le consentement peut être partagé par le couple parce qu'ils ont la responsabilité du bébé mais, elle a ses propres réticences, son mari a les siennes donc on n'est pas que à deux, on est à trois. » (Karine)*

Ainsi pour ces sages-femmes de l'échantillon, la prise en charge d'un duo, parfois d'un trio, complique le recueil du consentement.

2.3.2. L'urgence

L'urgence s'avère être un élément prédominant et complexe de l'obstétrique.

« il y a une difficulté c'est que le critère d'urgence il peut varier de pas du tout urgent à très très très urgent dans un délai qui est très court et que du coup on n'a pas forcément le temps, l'espace-temps, pour pouvoir expliquer en temps et en heure ce qu'il se passe aux gens. Et que du coup on peut être amenés à prendre des décisions qu'on va juger justes à l'instant t sans avoir recueilli le consentement d'une patiente en se disant qu'on fait pour son bien et pour le bien de son enfant. » (Clothilde)

Karine évoque aussi la difficulté à informer en amont, sur les potentielles actions qui se dérouleraient en urgence, « avec l'idée que globalement ça va bien se passer, donc c'est difficile de les éclairer sur tout avant » (Karine).

Quatre sages-femmes évoquent les situations d'urgence comme une difficulté d'information et de recueil de consentement.

2.3.3. Un consentement facilité

Une seule sage-femme pensait que le recueil du consentement en obstétrique était plutôt plus facile à recueillir que dans une autre spécialité.

« les femmes elles ont vachement envie de savoir, qu'elles nous questionnent vachement du pourquoi du comment, que ça fait partie de leur investissement dans leur grossesse, leur accouchement, donc je pense qu'il est assez facile peut être par rapport à d'autres services. » (Valentine)

Ce point de vue, même non significatif, est intéressant car il met en avant l'investissement de la grande majorité des patientes dans leur suivi de grossesse et le souhait croissant des femmes d'être actrices de leur accouchement. Valentine ajoute ensuite que la relation de confiance entre les sages-femmes et les patientes facilite d'autant plus ce recueil de consentement.

3. Une situation particulière du recueil du consentement : l'épisiotomie, geste imprévisible et réalisé dans l'urgence.

L'objectif de cette partie était d'étudier si l'absence de recueil de consentement pouvait être lié au geste de l'épisiotomie.

3.1. Un geste singulier

L'épisiotomie est un geste chirurgical qui consiste en l'incision du périnée afin d'agrandir l'orifice vulvaire. Les indications sont variables et laissées à l'appréciation clinique de la personne qui réalise l'accouchement. Une pratique libérale de l'épisiotomie n'est plus recommandée depuis 2005. Une partie des sages-femmes interrogées disent avoir recours à l'épisiotomie dans les situations d'anomalies du rythme cardiaque fœtal uniquement alors que d'autres ajoutent la « crainte » d'une déchirure périnéale sévère.

3.1.1. Épisiotomie : un geste redouté

3.1.1.1. Localisation

Lorsque les sages-femmes parlent d'épisiotomie, les mots utilisés concernent très souvent la localisation du geste : « *parties génitales* », « *sexe des femmes* », « *le périnée* », « *la vulve* », « *partie intime* ». Le geste est décrit comme « *invasif* » (Béatrice) ou encore comme une « *atteinte au périnée de la patiente* » (Isabelle). Pour Elisabeth : « [...] *c'est pas anodin en plus de couper quand même la partie intime d'une femme.* ». Hélène décrit ce geste comme une « *atteinte au corps de la femme* ».

Clothilde pense que l'épisiotomie a de fortes conséquences : « *Donc pour l'épiso il y a déjà un geste invasif qui va induire des conséquences pas seulement physiques c'est-à-dire pas seulement douloureuses, mais qui peuvent être même psychologiques voire je pense même spirituelle : d'être meurtri dans sa chair à l'endroit de son intimité, je pense que c'est hyper violent.* » (Clothilde).

Nous constatons que pour chacune de ces sages-femmes, l'épisiotomie ne semble pas être un geste commun. Elle concerne le sexe de la femme et cela augmente l'importance du recueil du consentement. Celui-ci est de nouveau décrit comme « *fondamental* » et « *nécessaire* ». En parallèle, on retrouve quelques écueils :

« [...] *parce que c'est une atteinte au périnée de la patiente et je pense que c'est justifié qu'elle soit informée de ce qu'il se passe et qu'elle soit d'accord **entre guillemet*** » (Noémie)

« *Ah mais carrément en plus ! En plus oui, je pense qu'il faut **en théorie** !* » (Dounia)

L'accord de la patiente est mis entre guillemet par Noémie ou en théorie pour Dounia et la confusion entre explication et recueil de consentement est à nouveau présente :

« [...] *l'épisiotomie ça fait partie de ces gestes là **à expliquer.*** » (Elisabeth)

Nous allons voir que l'une des raisons qui complique le recueil du consentement à l'épisiotomie est lié au geste en lui-même.

3.1.1.2. Un sujet sensible

L'épisiotomie semble être un geste redouté tant pour les sages-femmes que pour les patientes. Il est décrit comme un geste qui « *angoisse* » et « *inquiète* » les patientes. Les sages-femmes se représentent la vision qu'ont les femmes de l'épisiotomie :

« [...] *l'épisiotomie pour les femmes c'est vu comme quelque chose d'horrible, comme une atteinte au corps, mais même je pense que ça en effraie plus d'une ! Elles ont toutes peur de l'épisiotomie* » (Dounia)

« *L'épisiotomie aussi ça charrie tellement de mythe, d'inquiétudes, d'angoisses pendant toute la grossesse* » (Karine)

Certaines sages-femmes confient être légèrement embarrassées par le geste. Elles expliquent ne pas aborder le sujet au moment de la poussée par crainte d'effrayer ou de déstabiliser leurs patientes :

« *Je me dis que ça peut tellement les choquer et les dévier de l'intérêt de la poussée et de l'accouchement nécessaire dans ce cas-là, de la naissance nécessaire que j'ai tellement **peur de les déstabiliser** que la pose pas. C'est surtout ça en fait : peur de les déstabiliser.* » (Alice)

« *C'est un peu la même raison que pour laquelle on met un drap pour pas que le papa voit qu'on prend la paire de ciseaux et qu'on... Enfin moi en tout cas jusqu'à présent c'est vraiment ce que je trouvais pas facile en me disant : en même temps c'est le moment où on a vraiment besoin d'elle, est-ce que si on lui dit « j'ai besoin de faire une épisio ? – Ah bon mais pourquoi ?! ». Tu vois **on va l'inquiéter** beaucoup plus qu'en lui disant « bah voilà, on a dû faire ça ». » (Karine)*

« *c'est très délicat au moment où elle pousse sachant que l'épisiotomie est à faire quand même dans une situation d'urgence et j'ai du mal à l'introduire **brutalement** « madame, vous êtes d'accord si je fais une épisiotomie ? ». (Alice)*

Noémie, elle, souhaite conserver le moment « magique » de l'accouchement :

« *Le sujet de l'épisio, c'est presque un peu tabou aussi parfois, et elles en ont tellement peur, que aborder cette question dans un moment qui est tellement chouette, c'est apporter un peu de trop de médical à ce moment qui est hyper magique.* » (Noémie)

Le caractère redouté, lié à la localisation intime du geste, est largement partagé par les sages-femmes et a probablement un impact dans le recueil du consentement à l'épisiotomie.

3.1.1.3. Un geste indésirable

On peut ajouter au caractère tabou et à la localisation du geste une première notion de refus d'épisiotomie. En effet, les sages-femmes soulignent à plusieurs reprises que les patientes signalent régulièrement ne pas vouloir d'épisiotomie.

« Alors elles sont toutes là « jveux pas d'épissio », mais personne ne veut d'épisiotomie en fait ! » (Juliette)

« Je pense que c'est pas grand monde qui dit « oui je veux bien une épisiotomie ». » (Mabilde)

« [...] mais en fait quand on dit à quelqu'un, « est ce que je vous coupe ? » ou « madame je vous coupe, c'est pour vous aider », en fait personne ne dit oui à « est ce que je vous coupe ? » enfin moi la première. Jamais de la vie j'ai envie qu'on me dise « est ce que je peux te faire une épissio ? », ça sera non ! » (Clotilde)

Quatre sages-femmes de notre échantillon suggèrent également qu'elles ne tiennent pas à réaliser le geste :

« Ça nous fait pas plaisir d'en faire et si on estime qu'il y a besoin d'en faire une, c'est qu'on estime qu'il y a une raison... enfin je pense... » (Juliette)

« J'espère et je ne pense pas la faire que parce que j'en ai envie, et qu'on est un jour pair et que ce matin je me suis coiffée comme ça et autre (rires) » (Alice)

« Mais personnellement, moi l'épisiotomie je déteste faire ça, et si je la fais c'est qu'il y a vraiment besoin. Je le fais pas par plaisir, je le fais vraiment pour préserver quelque chose qui a besoin d'être préservé. » (Isabelle)

« Elles savent qu'on n'est pas là pour faire des épissios, que même nous, ça nous fait pas plaisir, que y'a vraiment des indications strictes à respecter et que voilà. » (Noémie)

On remarque que le terme « plaisir » revient plusieurs fois en association avec le mot « épisiotomie ». On peut penser qu'il y a une corrélation avec l'apparition de témoignages de situations mal vécues par les patientes. Alice se confie à la fin de l'entretien :

« Parce que je te dis, j'en ai fait des cauchemars, j'en ai pleuré. Que les patientes nous voient comme des bouchers, des gens maltraitants, alors que moi je donne ma vie au travail et pour mes patientes. Et même en dehors parfois. Donc, ça fait mal au cœur. » (Alice)

Ce débat aura eu un impact fort tant pour les patients que pour les soignants. Lucie ajoute qu'elle justifie mieux son acte :

« Enfin, moi ce que je trouvais qui était important c'était surtout d'expliquer que c'était pas une domination sur leur corps mais que c'était un acte médical pour sauver la vie de leur enfant. Mais que d'accord ça pouvait être délétère. » (Lucie)

Hélène pense finalement que le débat sur les violences obstétricales aura rendu service :

« Pendant les débats sur les violences obstétricales, ma première réaction c'était de me dire mais « waouh on nous fait pas confiance, en fait c'est notre taff d'apprendre à prendre soin des gens et voilà » mais je pense que ça a quand même du bon. Enfin moi ça m'a... Je pense que je discute plus avec mes patientes de l'épisiotomie, je trouve que c'est pas non plus le cœur de notre métier, c'est pas le truc le plus important, mais je pense que je les rends peut être un peu plus actrices, je pense que ça a du bon en fait... » (Hélène)

Ainsi, les sages-femmes pensent que les patientes redoutent et appréhendent ce geste. Une partie des sages-femmes confie ne pas apprécier réaliser des épisiotomies et appréhende le regard des patientes sur ce geste.

3.1.2. Un geste d'urgence

Le recueil du consentement n'étant pas obligatoire dans les situations d'urgence, il était important de faire spécifier aux sages-femmes si elles considéraient que l'épisiotomie était un geste d'urgence. Parmi les sages-femmes de l'échantillon, treize déclaraient réaliser l'épisiotomie dans des situations d'urgence. Leur notion d'urgence variait : certaines définissaient l'urgence par des anomalies du rythme cardiaque fœtal sévères, d'autres par un périnée tonique « menaçant », ou redoutant une déchirure du 2^{ème} ou 3^{ème} degré. Parmi les onze sages-femmes, neuf disaient ensuite que la réalisation de l'épisiotomie n'était pas systématiquement dans une situation d'urgence.

Deux sages-femmes considéraient que l'épisiotomie n'était pas ou rarement une situation d'urgence :

« C'est pas un geste d'urgence, on a le temps de prendre les ciseaux, de réfléchir à deux fois si on la fait, de plus ou moins demander le consentement si la patiente veut qu'on lui demande à ce moment-là. Pour moi, il y a le temps, ça prend pas des heures quoi. » (Valentine)

Ainsi, la notion d'urgence n'est pas commune à toutes les sages-femmes et pour 11 des sages-femmes de notre échantillon, l'épisiotomie n'est pas uniquement voire jamais un geste d'urgence.

3.1.3. Un geste imprévisible

L'une des spécificités de l'épisiotomie est l'impossibilité de prévoir ce geste en amont.

« Bah moi ça je trouve que c'est compliqué parce que bah c'est difficile de savoir, enfin on ne peut pas savoir à l'avance si y'a besoin d'en faire une ou pas. » (Juliette)

« Et que c'est pas forcément prévisible, enfin qu'on le sait juste quelques instants avant. » (Sophie)

Pour Clothilde, certains éléments permettent aux sages-femmes de penser qu'il existe un risque augmenté d'épisiotomie sans pour autant pouvoir le prévoir.

« On peut pas prédire le moment où on fait une épisio. On peut savoir à quel, enfin dans quel contexte ça survient le plus fréquemment, c'est-à-dire les anomalies du rythme, le périnée tonique où on redoute une déchirure périnéale embêtante de type 3 ou 4 et tout. Sauf qu'en fait on peut pas le savoir avant. » (Clothilde)

Cela ajoute pour les sages-femmes une difficulté supplémentaire au recueil du consentement.

3.2. Un geste nécessitant le recueil du consentement

3.2.1. Une décision médicale

Deux des sages-femmes de l'échantillon pensent que le recueil du consentement à l'épisiotomie n'est pas un sujet qui a lieu d'être. Pour Juliette, c'est une décision médicale pour laquelle la patiente n'a pas à donner son consentement :

« Au moment de l'expulsion, je dis jamais « madame, vous êtes d'accord pour que je vous fasse une épisio ? ». Enfin ça me paraît bizarre et même par rapport à la patiente, que ce soit elle qui prenne cette décision que j'estime être une décision médicale pour le bien être de son bébé, enfin ça me paraît pas.. enfin c'est pas à elle de choisir en fait, c'est pas un choix, c'est parce que j'estime que c'est nécessaire de la faire en fait, sinon je la ferai pas. » (Juliette)

Une autre sage-femme craint qu'en informant la patiente de la réalisation de l'épisiotomie, celle-ci ne se déroule pas au mieux :

« Si tu dis à une dame que tu fais une épisiotomie, elle va serrer les jambes ! » (Mathilde)

Ces sages-femmes ont ainsi pour habitude d'informer les patientes, a posteriori de l'accouchement, une fois l'épisiotomie réalisée.

3.2.2. Une information nécessaire

Treize des sages-femmes pensent que l'information sur l'épisiotomie est indispensable pour un meilleur vécu de l'accouchement. Clothilde explique sa volonté de donner une information loyale lorsqu'elle réalise une épisiotomie.

« On n'a pas besoin de dire « je vous fais une petite épisio », on peut dire « je fais une épisio », voilà il y a pas besoin de minimiser, ni d'adoucir, ni d'édulcorer. Il faut dire les choses comme elles sont. Mais c'est important de les dire parce que je pense que... Je pense que c'est compliqué de... Quand on relit son accouchement, on peut être perturbée, je pense, par le fait qu'on ne nous a pas dit les choses. » (Clothilde)

La plupart des sages-femmes de l'échantillon pense qu'il faut informer les patientes au moment où elles réalisent l'épisiotomie. Selon ces sages-femmes, le recueil du consentement ne suit pas nécessairement à la suite de l'information :

« Je pense au moins, que pas forcément le consentement, mais au moins une information comme quoi on le fait. Parce que parfois on coupe et la patiente, elle sait pas qu'on lui a fait une épisiotomie. Donc au moins lui donner l'information. » (Isabelle)

3.2.3. Un consentement nécessaire

Toutes les sages-femmes qui ont abordé la localisation du geste, ont considéré que le recueil du consentement à l'épisiotomie était indispensable du fait de l'appartenance à la sphère intime de la femme.

Alice semble chamboulée par la question à laquelle elle a longuement réfléchi :

« Franchement, j'y ai réfléchi pendant très longtemps, j'en ai même fait des cauchemars quand certaines patientes m'en parlaient en consultation, parce que j'ai fait longtemps des consultations. Vraiment, vraiment j'en ai fait des cauchemars, je me dis je sais pas comment résoudre cette question là. Je sais pas. Je sais pas parce que il y a des fois où pour moi elle est nécessaire, vraiment pour hâter la naissance. Et je sais pas comment... Je sais pas. » (Alice)

Dix sages-femmes de l'échantillon pensaient que l'épisiotomie était un geste qui nécessite le recueil du consentement, trois pensaient que seule l'information était nécessaire, une ne savait pas, et une pensait que cette question n'avait pas lieu d'être. Les réponses n'étaient pas corrélées à l'année de diplôme des sages-femmes.

3.3. Urgence : un recueil de consentement particulier.

Comme le prévoit la loi, le recueil du consentement dans les situations d'urgence n'est pas obligatoire. Cependant, chaque sage-femme ne définit pas le critère urgence de la même manière. Il était donc intéressant de se pencher sur le recueil du consentement dans la situation de l'urgence.

3.3.1. Un processus accéléré

Certaines sages-femmes tentent de recueillir le consentement dans des situations d'urgence. Elles insistent tout particulièrement sur l'information :

« A mon avis, ça n'empêche pas de quand même, au moins prévenir, l'annoncer, dire en une phrase pourquoi. Donc au moins, il y a le versant information. Et lui laisser le temps de dire qu'elle a compris, mais c'est sûr que ça sera pas... Ca sera un processus accéléré. » (Sophie)

« Ça laisse moins de temps je pense à l'échange mais... Mais y'a quand même un consentement. En effet, je pense par exemple un passage en césar. On explique et on demande quand même à la patiente si elle est d'accord. Et bah, les choses doivent se faire plus vite, mais il y a quand même un échange de consentement. » (Béatrice)

Ces sages-femmes essayent d'assurer une information minimale à la patiente dans les situations d'urgence et de la laisser s'exprimer sur sa compréhension de la situation.

3.3.1.1. Information seule

Pour d'autres sages-femmes, dans les situations d'urgence, il n'y a pas de recueil de consentement, c'est l'information seule qui prime.

« C'est vrai que c'est pas... T'explique quoi, c'est pas le consentement, c'est l'information... « on va faire une césarienne parce que machin... » c'est pas « est ce que vous seriez d'accord pour aller au bloc opératoire ? ». » (Lucie)

« En fait, on va plus être dans l'explication de ce qu'on fait. Et dans l'explication aussi du degré d'urgence, euh plutôt que de dire « est ce que je peux le faire madame ? ». C'est « je fais ça madame, parce que là la situation elle est comme ça, on fait les choses vite, on pourra le reprendre tranquillement après, on débriefera ». C'est ça qui est important aussi c'est de débriefer les situations d'urgence derrière, mais c'est vrai qu'en général c'est plus de l'information qu'un recueil d'un vrai consentement. » (Noémie)

3.3.1.2. Consentement oublié, compliqué, impossible

Deux sages-femmes de l'échantillon confient « oublier » le consentement dans les situations d'urgence. Ce terme « oublier » est à utiliser avec précaution car on ne peut pas réellement parler d'oubli alors qu'il n'est pas obligatoire.

« Encore une fois, moi le consentement j'y pense jamais quand c'est l'urgence. Quand je parle d'urgence, je pense surtout à la césarienne où on doit partir en catastrophe au bloc. Je pense surtout à ça. Parce qu'en soit les forceps, les instruments, pareil, encore une fois on explique mais on ne demande pas si elles sont d'accord. Donc oui, je pense que l'urgence nous fait complètement oublier le consentement. » (Donnia)

« C'est vrai que dans l'urgence, des fois on pense même pas, je pense qu'on pense pas forcément à... enfin oui on pense à la patiente parce que ce qu'on va faire c'est pour elle mais le consentement ça passe un peu aux oubliettes quoi » (Valentine)

La plupart des sages-femmes admet trouver difficile de recueillir le consentement dans des situations d'urgence :

« Dans la notion d'urgence c'est vrai que c'est toujours compliqué d'obtenir à chaque fois le consentement. » (Mathilde)

Pour Noémie c'est la particularité en obstétrique : *« Donc c'est là où réside toute la difficulté en obstétrique : c'est recueillir un consentement dans un contexte d'urgence. » (Noémie)*

Karine regrette ces situations d'absence de consentement dans l'urgence :

« Après encore une fois c'est peut-être les situations d'urgence où on les a le moins mais encore une fois dans le meilleur des mondes on doit avoir le consentement pour tout. » (Karine)

Enfin, une partie des sages-femmes de l'échantillon déclarent qu'il y a des situations où il est impossible de recueillir le consentement : *« elle dit « on passe au bloc », on lui a pas posé la question. Là c'était une situation où je me suis dit : « là c'est impossible, je vois pas comment on peut demander », c'est la vie de son enfant, sinon il meurt. » (Alice)*

Toutes les sages-femmes de l'échantillon pensent que l'urgence modifie le recueil du consentement même si elles n'ont pas la même définition des critères d'urgence.

3.3.2. Urgence vitale

Sept des sages-femmes abordent le consentement dans la situation de l'urgence vitale fœtale. Elles incluent essentiellement le recours à la césarienne pour sauvetage fœtal.

« Il y a des priorités qui font que : il y a un moment où le libre arbitre propre de la mère passe parfois au deuxième plan quand il s'agit de sauvetage ou d'urgence vitale. Donc oui, c'est certain qu'à ce moment-là, le consentement n'est pas recueilli mais c'est nécessaire quand même. » (Sophie)

« Genre la césarienne en urgence où là, la vie de l'enfant est en danger immédiat donc la bah c'est vrai qu'on demande pas, du tout. Du tout, du tout, du tout. » (Alice)

Six sages-femmes ont déclaré pouvoir aller au-delà du consentement des patientes dans les situations où il la vie de l'enfant à naître serait en danger :

« Je dirai que ça le modifie dans le sens où même si elle me dit non, mais que je suis sur le point de faire une épisiotomie parce qu'il faut faire sortir le bébé vite, c'est terrible mais je pense que je le ferai quand même. » (Sophie)

Au cours des entretiens, il était proposé aux sages-femmes de se projeter dans des situations cliniques. L'une d'entre elle portait sur un refus catégorique d'épisiotomie alors qu'il existait un ralentissement prolongé de plus de 5 minutes lors des efforts expulsifs. Cette situation, bien que rare, avait pour objectif de voir l'attitude adoptée par les sages-femmes entre le respect du choix de la patiente ou l'outrepassement de son consentement.

« Si c'est une indication médicale, et que j'en ai discuté de toute manière avant avec elle. Mais si c'est une indication médicale, on fait 5 ans d'études, qu'elles n'ont pas. Si c'est une indication médicale, il n'y a pas de négociation. Si y'a besoin y'a besoin. » (Mathilde)

« C'est facile de dire si elle veut pas j'en ferai pas. Je pense que quand t'as pas vécu la situation, à un moment donné. Je pense que c'est une situation dure voilà. [...] Après quand c'est vraiment pour le bébé, je pense que lui laisser vraiment le choix... Après on n'a pas le droit hein de le faire sans son consentement. Mais je pense que je le ferai. » (Valentine)

Alice pense que c'est une obligation déontologique de venir en assistance à l'enfant à naître même face au refus maternel : *« Eh bien, je mets en avant dans ma tête la non-assistance à personne en péril et là je... Là il en va du devoir de mon diplôme, j'ai juré sur je sais plus quoi... que je serais déshonorée si j'y manque et tout ça. » (Alice)*

Lucie a du mal à se projeter dans la situation, elle l'ironise : « *Si, si vraiment il sort pas du tout, je la fais quand même. J'attends un peu plus longtemps mais je finis par la convaincre. Parce que je me dis que je me suis jamais retrouvée dans une situation où j'étais vraiment dans la merde comme ça. Mais je finis par lui dire « vraiment, y'a pas le choix là ». Enfin un peu plus sèchement quoi. De façon très libre tu vois ! (Rires).* » (Lucie)

3.4. Ce que font les sages-femmes en pratique.

Cette partie vise à étudier la pratique des sages-femmes concernant le consentement à épisiotomie. Les questions portaient donc sur leur pratique quotidienne. Il est important de noter que la plupart des sages-femmes ont déclaré ne pratiquer des épisiotomies que de manière exceptionnelle (entre 0 et 5 par an).

3.4.1. L'information

3.4.1.1. L'information sans consentement

Quatre sages-femmes déclarent ne pas recueillir le consentement des patientes mais donner l'information au moment où elles réalisent l'épisiotomie.

« Je le dis. Je recueille pas le consentement. Je dis à la patiente ce que je fais. » (Clothilde)

3.4.1.2. L'information orientée, un consentement moins libre

Six sages-femmes ont déclaré donner une information parfois orientée afin d'obtenir l'accord des patientes :

« Voilà, ça dépend de l'information qu'on donne pour arriver à ce consentement ou pas. Parce que c'est souvent orienté les informations qu'on donne. C'est orienté pour qu'on dise oui à la fin. » (Romane)

« Je pense que ce qui influence aussi c'est ce que nous on a envie. C'est vrai que la manière dont on leur propose, on leur dit les choses, on leur demande, ça joue énormément. C'est vrai que du coup on n'est plus sur un consentement libre et éclairé. Eclairé peut-être, mais moins libre ! » (Valentine)

« Peut-être que j'influence par ma manière de présenter l'acte, le consentement » (Hélène)

Valentine pense que cette manière de procéder est bénéfique pour les patientes : *« moi je pense que c'est bien, enfin pas de leur dire « moi à votre place » mais en prenant relativement, c'est bien qu'elles sachent ce qu'on pense de la situation et de si c'est bien ou pas de faire ça ou pas ça. » (Valentine)*

Clothilde raconte qu'elle ne recourt plus à cette « astuce », qu'elle se base sur une relation de confiance :

« Autrefois j'aurais pu être stratège un peu pour obtenir le consentement. Maintenant, je me dis, en fait je leur ai donné l'information. Je sais qu'ils ont compris ce que je leur ai donné comme information, ils sont capables de me la redire, ils sont capables de me la redonner dans leurs mots, alors ils sont libres de décider [...] Mais maintenant je me dis, et je crois qu'il y a que comme ça qu'on peut obtenir des gens qui soient acteur de ce qu'ils font. » (Clothilde)

3.4.2. Le recueil du consentement

Ici, nous aborderons les différentes pratiques des sages-femmes concernant le recueil du consentement des patientes pour réaliser une épisiotomie.

3.4.2.1. En amont

Noémie nous explique : *« j'ai fait le choix de les prévenir par avance que c'est le seul geste que je ferai sans les prévenir. » (Noémie)*. Elle développe ensuite, qu'elle s'adapte en fonction de la tournure de la conversation. Si la patiente refuse l'épisiotomie, elle l'informe de ses bénéfices, risques et indications mais qu'elle respectera son choix final. Si la patiente accepte l'épisiotomie et souhaite être réinformée au moment du geste, elle agit de la sorte.

« Et puis moi je m'adapte et puis de toute façon je respecterai son choix. » (Noémie)

Noémie évoquait plus tôt, vouloir conserver l'instant magique de l'accouchement.

3.4.2.2. Au moment de l'accouchement

Six des sages-femmes de l'échantillon informent les patientes au moment où elles réalisent une épisiotomie. Certaines déclarent l'avoir de toute façon abordé lors du travail et réitère le sujet au moment où elles la pratique. Elles déclarent attendre une réponse de la patiente avant de réaliser l'incision :

FAURE Elise

« Je disais [...] « il faut qu'il, ça serait bien qu'il soit avec nous à la prochaine contraction, s'il est pas encore là, peut être que je serai amenée à faire une épisiotomie » donc je prépare un tout petit peu à la contraction d'avant, et puis. Et voilà c'est une information et jusqu'à maintenant, elles m'ont toujours dit « oui, faites ce qu'il faut ». » (Sophie)

« Non j'attends, d'être sûre qu'elle a entendu ce que je lui ai dit. Je lui dis « d'accord ? ». Et après elle me dit, elle me dit, j'sais pas elle répond ce qu'elle veut ! » (Romane)

Hélène, elle, donne l'information sur l'épisiotomie pendant le travail et recueille le consentement au moment où elle estime qu'il faut la réaliser :

« Et j'essaye vraiment d'en avoir systématiquement parlé avec elle. Déjà pour savoir comment elles se positionnent, après étant donné que c'est utopique au moment où on en parle, au moment de réaliser l'épisiotomie souvent je présente. Enfin j'en ai parlé avec elle avant, et du coup souvent je dis « là du coup on se retrouve dans la situation où je vais sans doute devoir faire une épisiotomie, est ce que vous êtes d'accord ? » et ça s'arrête souvent à ça. » (Hélène)

3.4.2.3. Modalité du consentement

Huit des sages-femmes interrogées ont une manière de procéder relativement similaire qui consiste à informer la patiente durant le travail et lui demander si elle souhaite être réinformée en cas de pratique de l'épisiotomie. Certaines demandent l'accord pour le geste en lui-même en amont, d'autres non :

« En fait, c'est différent : j'en parle pendant le travail, et je demande à la patiente « si au cours de l'accouchement, je suis amenée à faire une épisiotomie, est ce que vous voulez que je vous prévienne ? » et y'en a certaines qui demandent et d'autres qui disent « non, on en parlera après ». » (Béatrice)

« Je leur demande « est-ce que vous voulez que je vous dise au moment où je la fais ou est-ce que vous êtes d'accord ou si vous êtes pas d'accord, qu'est-ce qui vous amènerait à être contre complètement ? » (Lucie)

« Moi, je demande systématiquement avant de m'installer si elles sont d'accord si j'ai besoin de le faire. Et si elles veulent que je leur dise au moment s'il faut que je la fasse. » (Valentine)

« Quand je suis une patiente en travail, au cours du travail, au moment que je juge opportun mais qui est pas du tout défini dans le suivi, je lui demande si elle veut savoir au moment où la situation se présente, est ce qu'elle veut savoir ou non si je fais une épisio à l'instant t. Et voilà, elle est libre de me dire oui ou non et de me dire, « je préfère savoir » ou « je préfère pas savoir » et voilà. » (Clothilde)

D'après Elisabeth, la majorité des femmes ne souhaite pas être informée au moment de l'incision : *« Et d'ailleurs la plupart des femmes préfèrent être mises au courant après. Elles donnent leur consentement quand on en parle effectivement, mais elles préfèrent être prévenue après en fait, après le geste. »* (Elisabeth)

3.4.3. L'absence de recueil de consentement

Cinq sages-femmes de l'échantillon déclarent ne pas recueillir le consentement des patientes pour réaliser une épisiotomie :

« Ab non je recueille jamais le consentement, enfin oui, clairement jamais, au moment de l'accouchement, jamais. Après je pense pas faire partie des sages-femmes qui font beaucoup d'épisiotomie mais clairement au moment où je la fais, je non, enfin je l'annonce même pas en fait. Alors peut être que ça n'est pas ce qu'il faut faire mais... » (Juliette)

« En salle de naissance sinon... bah je pense qu'il y a derrière la tête de tout le monde l'épisiotomie là. Et ça non, jamais, jamais. Je leur dis que des fois ça arrive qu'on en fasse, surtout quand je sens que je vais potentiellement en faire une. Mais non, sinon je leur demande jamais. Ça c'est sûr. » (Alice)

« C'est vrai que quand tu fais une épisio, c'est pas que t'as envie de faire une épisio, c'est parce qu'il y a la nécessité que l'enfant naisse vite donc moi je le dis toujours à la mère quand j'en fais une, après je lui demande jamais son consentement [...] je lui demande pas son consentement, ni avant, ni après. » (Isabelle)

« Je le fais jamais ! Alors là, c'est vraiment, je pense jamais jamais à prévenir la patiente ou à lui demander si elle est d'accord pour. [...] Non, franchement, je crois que je lui impose ce que je vais lui faire ! Vraiment en plus !

- Tu as des exemples ?

- Genre l'épisiotomie par exemple. Je crois que j'ai jamais demandé à une patiente « est ce que vous êtes d'accord ? ». » (Dounia)

Depuis le débat sur les violences obstétricales, plusieurs femmes témoignent avoir eu des épisiotomies sans consentement, parfois même sans information. Ces témoignages ont affecté les soignants jusqu'à changer leurs pratiques pour certains.

3.4.4. Les changements de pratiques

Clothilde confie avoir changé sa manière de procéder pour l'épisiotomie depuis le débat sur les violences obstétricales : *« Parce que après tout le buzz médiatique qu'il y a eu sur les violences obstétricales, le fait ou non de prévenir quand tu fais une épisio, le fait d'avertir les gens de ce qu'on fait, je me suis rendue compte que ça me mettait très mal à l'aise de faire des épisio sans dire aux gens ce que je faisais. » (Clothilde)*

« Je pense que j'informais moins les patientes, ou en tout cas je donnais une information qui était pas très complète parce que je le faisais que au moment où j'estimais qu'il fallait faire une épisiotomie. [...] C'était plutôt une information qu'un consentement je pense. » (Hélène)

Les sages-femmes qui ont déclaré avoir changé de pratiques sont allées vers plus d'information à la patiente, ou au recueil de consentement alors qu'elles informaient simplement qu'elles réalisaient l'acte auparavant. Ces sages-femmes disent se sentir mieux depuis qu'elles procèdent ainsi :

« Moi je me sens un peu mieux. [...] Parce que je me dis que la patiente elle va se sentir informée durant son accouchement, qu'on ne lui a pas fait les trucs dans le dos, donc c'est plus un soulagement entre guillemet, enfin t'es pas mal à l'aise quoi. » (Romane)

« Enfin à chaque fois je me sentais... J'avais dû en faire une ou deux au début de mon boulot et je trouvais ça un peu filou quoi. Parce qu'en fait tu fais ton truc dans ton coin sous ton drap, enfin c'est trop bizarre tu vois. Et forcément elles sentent qu'il y a un truc bizarre et après tu dis « et au fait j'ai coupé ». Enfin j'trouvais que c'était genre trop bizarre de rien dire. Parfois tant mieux elles te disaient « ah oui vous avez bien fait », mais pour le coup je trouvais que c'était pas très respectueux. [...] Bah en tout cas moi je me sens plus en vérité avec elles. » (Lucie)

« Et la plupart du temps, elles m'en voulaient pas du tout, mais moi j'étais super mal à l'aise avec le fait d'avoir fait ça sans recueillir leur consentement. Enfin vraiment je trouvais que c'était pas juste, que c'était mentir quoi de pas dire. Et puis je me suis dit aussi pour moi-même, je ne supporterais pas qu'on ne me dise pas les choses. » (Clothilde)

« Bah j'suis moins emmerdée parce que j'étais quand même pas hyper confortable de le faire sans... » (Karine)

Seule Hélène n'y voit pas de bénéfice : *« Non pas trop, sauf peut-être le stress de me dire « si elle me dit non qu'est-ce que je fais quoi ! (rire) ». Hélène tourne sa phrase à l'ironie ce qui peut traduire une certaine appréhension du refus.*

3.5. Quand recueillir le consentement pour l'épisiotomie ?

L'une des questions portait sur le moment idéal de recueil de consentement pour l'épisiotomie. Ainsi cela permettait aux sages-femmes de se projeter sur une manière de faire qui pourrait être différente de la leur. Toutes les sages-femmes sont d'avis que l'information doit être donnée avant l'accouchement.

*« Mais voilà discuter avec un professionnel déjà en amont. Mais le truc du 4^{ème} mois c'est bien moi je trouve. »
(Valentine)*

« Je pense que y'a un gros travail à faire en amont, en préparation à la naissance, encore une fois pour dédramatiser cette idée commune de l'épisiotomie. Donc déjà si c'est bien expliqué avant, je pense qu'elles arrivent en étant beaucoup plus sereine. » (Noémie)

Quatre sages-femmes pensent que le moment idéal pour recueillir le consentement à l'épisiotomie serait pendant la grossesse :

« Moi je dirais que tout c'est pendant la prépa à la naissance. » (Lucie)

« Je pense que le meilleur moment serait éventuellement dans un projet de naissance, à discuter en amont, pas dans des situations au moment t. Toujours bien sûr revenir dessus au moment venu. » (Valentine)

Dix sages-femmes pensent qu'il est judicieux d'attendre le moment du travail pour recueillir le consentement :

*« Après la péridurale je dirais. Quand elles en ont une ! Au début du travail. [...] Parce qu'elles sont soulagées. »
(Romane)*

« Je pense que c'est avant. Quand tu vas bientôt t'installer. Mais avant de débiter les efforts expulsifs et avant le moment où il faut couper. Comme ça tu peux en parler calmement, posément, t'expliques le pourquoi, le comment, le machin. Et je pense que c'est à ce moment-là qu'il faut demander. » (Donnia)

« moi j'aime bien le moment du travail. Le moment où on a le temps de discuter, où les gens sont un peu détendus parce qu'ils sont soulagés par la péri, qu'ils arrivent à se détendre, à se projeter un peu dans le moment, à discuter de la suite, de prochaines étapes, et là c'est vrai que moi j'aime bien saisir ça. » (Clothilde)

« Mais en tout cas la première partie du consentement qui est donc l'information, ça il faut qu'on ait de l'avance (rires), faut qu'on ait bien de l'avance. Faut qu'on en parle, en consult c'est chaud, faut qu'on en parle en prépa je pense, qu'on arrive à démystifier la chose, expliquer l'intérêt de l'épisiotomie, expliquer qu'on en fait le moins possible, voilà qu'on est dans une politique vraiment restrictive. » (Sophie)

Ainsi, la plupart des sages-femmes pense que l'information sur l'épisiotomie doit être faite au cours de la grossesse et que le recueil du consentement doit être effectué lors du travail. Cependant, ces réponses ne correspondent finalement pas à la pratique que les sages-femmes déclarent au cours des entretiens. Nous allons donc étudier les différents freins au recueil du consentement.

4. Les freins au recueil du consentement

Nous avons vu à plusieurs reprises que le consentement libre et éclairé est peu respecté dans la situation de l'épisiotomie. Cette partie s'intéresse aux facteurs qui perturbent ce recueil de consentement.

4.1. L'aptitude à consentir des patientes

Comme le soulève l'article *Consentement en obstétrique : peut-on tout dire ?* la liberté du consentement des patientes en travail n'est pas évidente. En effet, les femmes qui n'ont pas d'analgésie péridurale vivent une douleur qui est souvent comparée à l'amputation d'un membre. On peut donc imaginer que leur consentement est parfois altéré. En France, 82,2% des femmes accouchent avec une analgésie péridurale (ENP 2016). Cependant, il est intéressant de se demander si elles disposent de leur entière capacité de décision. Pour l'épisiotomie, la question se pose surtout au moment de l'expulsion : les femmes sont-elles aptes à consentir de manière complètement libre au moment même où elles sont en train d'accoucher ?

4.1.1. Les éléments physiques

Les sages-femmes témoignent que les patientes pendant l'accouchement vivent « *un petit état d'euphorie* » (Elisabeth) ou encore qu' « *elles sont un peu à côté d'elle-même* » (Valentine)

Les professionnelles de l'échantillon pensent que les femmes peuvent consentir pendant le travail et l'accouchement, même si leur libre arbitre peut être altéré.

« *Ouais alors après y'en a, celles qui accouchent sans péri là, qui sont dans leur bulle et qui.... Elles nous écoutent, elles nous entendent, mais elles sont tellement dans leur truc, est ce qu'elles peuvent vraiment savoir ce qui est bien pour elles j'en sais rien.* » (Juliette)

« Elles peuvent être amenées à nous autoriser ou au contraire ne pas nous autoriser à faire des choses qu'inversement, tranquillement elles nous autoriseraient à faire ou pas. » (Valentine)

« Leur expliquer qu'il va falloir que tu fasses une épisiotomie parce que leur enfant est en souffrance, c'est impossible. Enfin, en tout cas, qu'elles soient dans le truc avec toi, qu'elles comprennent, qu'elles te répondent de façon posée, réfléchie je pense pas. » (Donnia)

« C'est pour ça que moi je le fais la plupart du temps pendant le travail et pas au moment des efforts expulsifs parce que je pense qu'au moment des efforts expulsifs elles sont pas capables d'avoir un consentement libre et éclairé. Pourquoi, parce qu'on leur demande trop d'effort physique d'un coup, et elles sont pas en mesure de.. » (Clothilde)

Ainsi, pour certaines sages-femmes, recueillir le consentement de la patiente pendant les efforts expulsifs n'est pas adapté. Pour d'autres, il convient quand même de poser la question :

« Moi je ne l'ai jamais vécu mais j'imagine que la douleur doit être telle que ça doit être compliqué. Mais ça n'empêche quand même que je préfère expliquer, demander la permission. Si après elle me dit oui, mais que malheureusement elle n'a pas tout compris, j'en reparle avec elle après, mais je demande quand même. » (Elisabeth)

« Même s'il y a du stress, même si effectivement y'a la fatigue, quand on prend le temps de vraiment expliquer en douceur, moi je vois pas où est l'obstacle. » (Noémie)

Ainsi certaines sages-femmes pensent que la douleur expérimentée par les femmes au cours de l'accouchement peut altérer leur capacité décisionnelle. Les sages-femmes abordent également le stress et la fatigue. Nous ne retrouvons pas de rapport avec l'année de diplôme.

4.1.2. Les éléments psychiques

Les sages-femmes apportent d'autres éléments qui pourraient entraver la liberté de consentir des patientes, ces facteurs sont plutôt d'ordre psychique :

« Parce que je pense qu'elles sont concentrées sur autre chose, sur leur poussée, sur leur souffle éventuellement sur le cœur du bébé ou nous ce qu'on peut leur dire, sur ce qu'il se passe là maintenant » (Isabelle)

« Et puis l'inquiétude, qui fait que souvent elles se sentent un peu décrocher et qui fait plus du tout consentement, elles se sentent en mode, « faites le mieux allez-y à fond ». Et puis la peur aussi, je pense quand ils sont à deux, qu'il y en a un qui panique, peut-être qu'il y a des choses qu'il vit différemment etc... » (Karine)

« Ouais, du temps, du stress, le cerveau réfléchit pas de la même manière. Donc concentrée sur autre chose que juste donner son accord. » (Isabelle)

La concentration, le stress, mais aussi la douleur, les efforts physiques sont tant d'éléments cités qui pourraient altérer le consentement libre et éclairé des patientes selon les sages-femmes.

4.1.3. La pleine conscience maternelle

Deux sages-femmes ont une hypothèse opposée. Les patientes seraient d'autant plus aptes à consentir du fait de leur état de grossesse, de futures mères.

« Mais en même temps je pense qu'elles sont jamais autant consciente que en attendant un enfant. Je pense que le fait de la grossesse donne... Enfin, si on demandait aux femmes non enceintes ce qu'elles pensent de l'épisiotomie, t'as pas le fait d'avoir ton enfant qui est là aussi. Pour moi l'état de grossesse font qu'elles ont peut-être aussi une conscience de... Un désir de protection de l'enfant qu'elles portent. » (Hélène)

« Elles vont toutes dire « j'en veux pas », et pendant l'accouchement si on leur explique dans l'action, où là elles vont se dire « bah oui, maintenant je comprends ce qui se passe, les contractions etc », elles sont aussi dans un autre... Enfin, elles voient les choses tout à fait différemment quand elles sont en travail de quand elles sont enceintes » (Alice)

Là encore, il n'existe aucune association avec l'année d'obtention du diplôme.

4.2. Les réserves des sages-femmes

4.2.1. Le temps, un facteur clé

Huit sages-femmes de l'échantillon déclarent manquer de temps pour recueillir le consentement des patientes lorsqu'elles font une épisiotomie.

« enfin je me dis, déjà si je la fais c'est une situation où je n'ai pas le temps de parlementer et c'est une situation qui va entraîner dans certains cas un débat. Donc c'est pas possible, enfin pour moi c'est difficile. » (Alice)

« on prend les ciseaux, on dit « voilà, je suis obligée de faire un peu de place » on fait une épisiotomie et puis voilà, on va vite quoi. » (Isabelle)

« Mais la plupart du temps, quand c'est l'épisiotomie justement, ou des forceps, ou des spatules, on n'a pas le temps de faire un consentement libre et éclairé entier je pense. » (Romane)

« Quand on a le temps d'être posé, c'est là où il faut recueillir leur consentement. Anticiper l'urgence de la dernière phase pour savoir ce que j'ai à faire avant que l'urgence arrive, et que là j'ai plus le temps de recueillir le consentement. » (Noémie)

Parfois ce manque de temps incombe à la charge de travail :

« Parfois parce que c'était techniquement difficile, parce qu'on est en surcharge d'activité » (Sophie)

« Bon ça dépend des hôpitaux mais y'a des fois où t'as juste pas le temps de discuter avec les patientes et tu fais ce que tu peux sur certaines gardes... » (Isabelle)

Pour Elisabeth, le temps ne semble pas être un problème :

« Oh bah non quand même, un consentement ça prend... Enfin si on explique bah voilà votre bébé il va pas bien, enfin c'est quand même assez rapide d'obtenir un consentement, de poser une question, donc non ! » (Elisabeth)

4.2.2. Le stress, la concentration

Deux sages-femmes abordent également des situations qui engendrent du stress, et de la concentration, pouvant parfois les détourner du recueil du consentement.

« je suis sûrement peut être un peu trop stressée dans la situation où je vais faire une épisiotomie pour lui expliquer aussi sereinement et calmement. Parce que ça induit un stress aussi de me dire que le bébé va pas aller très bien à la naissance et que je dois me dépêcher, et l'aider. » (Alice)

« Et puis, non quand même maintenant j'essaye d'en parler à chaque fois. Sauf si je suis vraiment hyper concentrée et que je suis ultra dans le truc et que je parle même plus du tout, mais c'est rare. » (Romane)

4.2.3. Facteurs personnels

Divers facteurs se sont dégagés des entretiens. Pour Romane, *« c'est aussi l'attention que le professionnel porte à ça » (Romane)*. En effet, il est évident que chaque professionnel de santé a sa personnalité et sa sensibilité. Romane évoque aussi un apprentissage scolaire, et donc un changement des pratiques récent : *« je pense que déjà ça fait peu de temps que je fais les épisiotomies en prévenant les patientes. Parce qu'avant, enfin à l'école, souvent on nous apprenait à le faire sans rien dire en fait. » (Romane)*.

Béatrice met en avant la routine et les automatismes de soins réalisés quotidiennement par les sages-femmes :

« Je pense que les trucs les plus courant, c'est une pose de perf, enfin des actes un peu qui sont du quotidien pour nous, et qui sont dans les protocoles et pour lesquels on n'a pas trop de marge de manœuvre. » (Béatrice)

Enfin, Lucie rappelle l'importance de la communication en évoquant la barrière de la langue. En effet, donner une information loyale, claire et adaptée nécessite une maîtrise parfaite la même langue ou la présence d'un traducteur.

4.3. Le refus de consentement

L'un des éléments clé à étudier était l'expérience de refus de consentement. Toutes les sages-femmes ont raconté au cours de leurs entretiens des situations vécues plus ou moins difficiles au cours de leur carrière. Les expériences professionnelles, parfois les histoires personnelles ont un impact sur les pratiques des sages-femmes. Les expériences de refus de consentement ont été développées car nous pensions que celles-ci pouvaient avoir un impact sur le fait de recueillir le consentement.

4.3.1. Sentiments lors d'une expérience vécue de refus de consentement

Lorsqu'on évoque le ressenti face aux situations de refus de consentement, quatre sages-femmes déclarent être agacées voire énervées :

« Y'en a qui sont tellement dans leur schéma de ce qu'elles rêvent pour leur accouchement, qu'elles sont pas capables d'entendre autre chose et... parfois ça peut être conflictuel. » (Juliette)

« Bah ça m'saoule un peu mais je vais pas les forcer. Je sais pas si tu peux le mettre comme ça ! C'est un peu contrariant si tu veux. » (Romane)

« C'est pas bien de dire ça, mais j'étais énervée. J'étais blasée au plus haut point. » (Dounia)

« J'me suis dit qu'elle était chiante mais que j'allais essayer de comprendre. Ouais ça te saoule quoi, enfin j'sais pas trop comment dire. [...] tu lui réexpliques, tu lui réexpliques, tu te sens mis à l'épreuve dans tes connaissances aussi, dans ta confiance en toi, dans... » (Lucie)

Ces réactions sont très probablement liées à une incompréhension comme l'évoque Lucie. Quatre sages-femmes mentionnent ce désarroi mais aussi un sentiment désagréable :

« Je pense que tu te sens pas comprise. Parce que toi tu sais l'importance de la chose et du coup... T'as l'impression que ton message passe mal et d'appeler quelqu'un va l'aider à comprendre. Mais je pense que tu te sens démuni en fait parce que tu peux rien faire. » (Valentine)

« Oh bah trop mal hein, enfin on se sent trop mal en face de ces patientes, parce que on sait que enfin c'est pas ce qu'elles veulent. On sait qu'elles auront un mauvais vécu de leur accouchement quoiqu'on face et que de toute façon ça leur ira pas mais... » (Juliette)

« Donc j'étais très mal à l'aise avec cette situation [...] mais c'était une histoire très marquante et, c'était en début de carrière en plus. C'était vraiment dur » (Sophie)

« Tu te remets un peu en question ! Au début, un peu désemparée parce que tu comprends pas forcément dans un premier temps, pourquoi y'a un refus. Tu comprends pas forcément les raisons d'un refus, tu les valide pas forcément non plus d'un point de vue médical ». (Béatrice)

4.3.2. Appréhension du refus

Il était ensuite question d'évaluer si ces expériences de refus de consentement avaient causé une appréhension par la suite. Celle-ci pourrait expliquer l'absence de recueil de consentement des sages-femmes dans la situation de l'épisiotomie. Quatre sages-femmes ont spontanément confié appréhender le refus d'une épisiotomie.

« Oui, parce que en fait si elle dit non, (rires), on est un peu bloqués ! » (Isabelle)

« Parce que si elle dit non, ça fait chier quoi. Là clairement t'es coincé « bon bah super, euh merde ». [...] Oui, j'espère toujours qu'elles vont dire oui. T'as toujours peur qu'elles disent non. Mais parfois tu sais que tout sera toujours mieux vécu si elles ont approuvé. » (Lucie)

« En fait, est ce que je dirai vraiment « est ce que vous êtes d'accord ? » ? Parce que bon, la si je me prends un « NON ». » (Sophie)

Clothilde confie qu'elle craignait le refus des patientes autrefois.

« Ça m'inquiétait de me dire « merde si ça se trouve elle peut me dire non, mais elle sait pas pourquoi elle me dit non, et peut être qu'elle prendra la mauvaise décision pour elle ». » (Clothilde)

A l'inverse, Juliette dit ne pas du tout appréhender le refus des patientes : « Alors moi je pense que si on est clair avec ce qu'on fait et pourquoi on le fait, on n'appréhende pas le refus parce qu'on sait que de toute façon c'est bon pour elle ce qu'on fait, et donc on aura des moyens de le justifier. » (Juliette)

Cet extrait est intéressant à confronter avec le point de vue de Clothilde :

« Elle sait me dire pourquoi elle refuse. Et bah elle refuse, voilà, c'est sa liberté. Et on a un côté, mais ça c'est aussi français et je pense que c'est parce qu'on a peur des représailles judiciaires, de presque vouloir forcer la main aux gens. En fait c'est dommage, parce qu'on est à un stade où on ne croit plus les gens capables de réfléchir. Finalement, on va pas dans le sens de la responsabilisation des gens [...] » (Clothilde)

Cette sage-femme se place donc dans une acceptation du refus des patientes pour garantir leur liberté. Cependant, pour accepter le refus il faut bel et bien poser la question du consentement, ce qui est encore trop peu fait.

4.3.3. Expérience de refus de consentement à l'épisiotomie

Hélène qui recueille le consentement au moment où elle réalise l'épisiotomie, a été confrontée à un refus de la part d'une patiente.

Elle raconte :

« J'ai appelé le chef. Parce que c'était un non catégorique et pourtant on était sur une bradycardie vraie et qu'on était en partie basse, et elle a même arrêté de pousser... Et du coup j'ai appelé le chef pour qu'il vienne discuter avec elle et finalement, elle a continué de refuser catégoriquement. Du coup on a dû faire une ventouse partie basse juste pour limite provoquer une déchirure. Déchirure qui a été sévère mais pas de périnée complet. Mais du coup pas d'épisiotomie. » (Hélène)

Hélène ressort de cette situation avec une incompréhension : *« Non, j'avoue que j'en ressors plutôt avec une incompréhension et en même temps... C'est nul hein, c'est vrai que si je lui demande son consentement c'est qu'elle a le droit de dire oui et elle a le droit de dire non mais... J'avoue que je me suis plutôt dit « waouh, ok », je suis plutôt ressortie étonnée que en me disant « ah c'est bien, quelqu'un qui a réussi à dire non et à tenir son non ». » (Hélène)*

Clothilde a vécu une situation similaire à celle d'Hélène:

« j'ai déjà une patiente qui m'a dit « non je veux pas, je veux pas, je veux pas » et je lui ai dit « ok, alors on attends ». Et on attend, et en fait, je lui ai laissé quelques efforts expulsifs supplémentaires, en mesurant le degré d'urgence de la situation et en me disant « effectivement peut être qu'on peut se laisser un ou deux efforts de poussée supplémentaires ». Et en fait, c'est elle qui a fini par dire « ok, je vous fais confiance ». Ça m'est arrivé une seule fois ce cas de figure. » (Clothilde)

Plus tard, Clothilde dit qu'elle pense avoir eu la bonne réaction face à cette patiente : *« Du coup, en fait, je pense que ça a débloqué la situation de cette dame. Le fait de lui laisser plus de temps. Ouais je pense que ça a libéré la situation. L'accouchement s'est terminé, et j'avais fait une épisiotomie mais je... Je savais que cette dame elle m'en voudrait pas, qu'elle porterait pas sur moi le fait d'avoir une épisio. Parce que je pense qu'elle s'est sentie écoutée à l'instant t et elle a pas... Je pense que les choses auraient été tout à fait différentes si j'avais dit « si madame, en fait il y a pas le choix ». » (Clothilde)*

Seules ces deux sages-femmes ont été confrontées à un refus d'épisiotomie au sein de notre échantillon. Il est intéressant de constater que les deux sages-femmes qui ont été exposées à un refus de consentement font partie de celles qui recueillent réellement le consentement. Elles ne déclarent pas avoir changé leur pratique depuis cette confrontation au refus.

Discussion

1. Résumé des principaux résultats

Les sages-femmes avaient une définition plutôt adaptée du recueil du consentement libre et éclairé : le versant information était bien connu même si la liberté du consentement n'était que peu abordée par les sages-femmes. Deux sages-femmes définissaient le consentement par l'information donnée à la patiente. Une notion de consentement implicite était développée par huit sages-femmes. Le consentement était évocateur de multiples éléments sans que l'on y retrouve de prédominance. Les sages-femmes évoquaient une difficulté du recueil du consentement en obstétrique du fait de la dyade mère-enfant et du contexte d'urgence fréquent. Pour onze des sages-femmes, l'épisiotomie n'était pas toujours, voire jamais un geste d'urgence. La notion d'urgence n'était pas commune même si pour toutes les sages-femmes, elle modifiait le recueil du consentement.

L'épisiotomie était décrite comme un geste singulier du fait de sa localisation. Les sages-femmes confiaient ne pas apprécier la pratiquer et pensaient que les patientes la redoutaient. Dix sages-femmes pensaient que l'épisiotomie était un geste nécessitant un consentement. Six sages-femmes informaient leurs patientes au moment où elles réalisaient l'épisiotomie, huit demandaient à la patiente pendant le travail si elle souhaitait être informée au moment de l'incision, et une seule demandait l'accord de la patiente au moment de la réaliser. Cinq sages-femmes déclaraient ne jamais recueillir le consentement. Nous comptons ici les sages-femmes qui ont affirmé ne pas recueillir le consentement ce qui minimise le nombre réel de sages-femmes qui ne recueille pas le consentement. Les sages-femmes pensaient que la meilleure façon de procéder serait d'informer les patientes sur l'épisiotomie pendant la grossesse ou le travail et de recueillir leur consentement pendant le travail.

La majorité des sages-femmes considéraient que les patientes pouvaient consentir librement pendant l'accouchement. En revanche, elles pensaient que leur libre-arbitre était altéré par la fatigue, le stress, la douleur, les efforts physiques demandés mais aussi la concentration, le stress et la peur. Les sages-femmes déclaraient ne pas recueillir le consentement par manque de temps principalement. D'autres facteurs ont été cités tels que la peur d'effrayer les patientes, la concentration, le stress, la formation initiale, ou encore l'intérêt porté par le professionnel. Les sentiments vécus par les sages-femmes dans les situations de refus de consentement étaient

majoritairement négatifs. Six sages-femmes déclaraient appréhender un refus de consentement et s'interrogeaient sur la conduite à tenir en cas de refus d'épisiotomie. Deux sages-femmes ont vécu des situations de refus de consentement.

2. Discussion des résultats

2.1. L'information

L'article L 1111-2 du Code de la Santé Publique dispose qu'il faut informer sur : « les différentes **investigations**, les **traitements** ou **actions de prévention** qui sont proposés, leur **utilité**, leur **urgence éventuelle**, leurs **conséquences**, les **risques** fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les **autres solutions possibles** et sur les **conséquences prévisibles en cas de refus.** » (22). Globalement, les sages-femmes connaissaient bien les modalités de l'information. Seules l'urgence éventuelle et les conséquences en cas de refus n'ont pas été abordées. Dans la situation de l'épisiotomie, l'information semble indispensable car elle permet aux patientes de comprendre l'acte et son utilité. Beaucoup de sages-femmes ont évoqué que les patientes refusaient d'emblée l'épisiotomie avant d'avoir l'information sur celle-ci. Valentine explique que ce refus vient généralement d'un manque d'information : « *Après les patientes, y'en a beaucoup qui disent « j'veux pas d'épisiotomie » mais quand on explique pourquoi on serait amenée à en faire une finalement qui disent « oui je comprends, et oui je préfère ça qu'autre chose ». Et ça va de soi en discutant.* » (Valentine). L'information préalable au consentement est fondamentale. Si la patiente a été bien informée de manière claire et loyale, n'est-elle pas capable de prendre la « bonne » décision ? C'est sur ce principe que repose l'autonomie du patient. Jean François Mattei écrit « le principe d'autonomie vient fonder la revendication, par le malade, d'exprimer librement son autorité sur sa propre personne, à commencer par son corps » (44). Il reste une difficulté majeure pour certains soignants : faire suffisamment confiance aux patientes pour les laisser prendre les décisions qu'elles considèrent comme étant les bonnes. Une sage-femme pense que parfois le consentement à l'épisiotomie n'a pas lieu d'être « *on fait 5 ans d'études, qu'elles n'ont pas* ». A l'inverse : « *Je sais qu'ils ont compris ce que je leur ai donné comme information, [...] ils sont **capables** de me la redonner dans leurs mots, alors ils sont libres de décider* » appuie le concept de capabilité. Celui-ci a été défini par l'économiste Amartya Sen dans les années 1980, et correspond à la capacité de chacun à prendre ses propres décisions. Paul Ricoeur voit dans ce concept la prolongation de ses travaux sur l'homme capable (45). Dans son ouvrage « Soi-même comme un autre », il écrit : « *La souffrance n'est pas uniquement*

définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir-faire, ressenties comme une atteinte à l'intégrité de soi (...) C'est peut-être là l'épreuve suprême de la sollicitude, que l'inégalité de puissance vienne à être compensée par une authentique réciprocité dans l'échange. » (46)

Parmi les raisons évoquées de non recueil du consentement à l'épisiotomie, certaines sages-femmes ont déclaré avoir peur de déstabiliser ou d'effrayer les patientes. On retrouve ici une certaine forme de paternalisme. La patiente risque d'être choquée, inquiétée, déstabilisée et n'a pas l'occasion de donner son consentement lors de la réalisation de l'épisiotomie. L'information donnée est-elle claire, loyale et appropriée pour permettre à la patiente de comprendre la situation et faire un choix ?

Le caractère imprévu de l'épisiotomie a été exposé comme l'une des difficultés du recueil du consentement. Il conviendrait d'informer toutes les femmes sur l'épisiotomie afin qu'elles soient déjà éclairées au moment de l'accouchement. En 2016, Le mémoire d'Elodie Delafoy sur « l'information reçue et le vécu des femmes à propos de l'épisiotomie », soulignait que lorsque les patientes avaient été confrontées à l'épisiotomie, elles considéraient ne pas avoir reçu suffisamment d'information sur le sujet (47). Il existe encore des progrès à effectuer en termes d'information. De plus, plusieurs sages-femmes ont déclaré avoir une information orientée avec les patientes, afin d'obtenir plus facilement leur consentement. L'un des aspects les plus difficile mais fondamental de l'information est la neutralité de celle-ci. En effet, réussir à ne pas faire intervenir son opinion permet la liberté de décision des patientes.

2.2. Le consentement

D'après l'article L 1111-4 du Code de la Santé Publique, « 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. » (24). Deux sages-femmes définissaient le consentement par l'information donnée à la patiente. Celle-ci est un prérequis indispensable au recueil du consentement, mais ne peut pas constituer à elle seule un consentement. Huit sages-femmes de l'échantillon ont déclaré que le consentement pouvait être implicite. Cependant, comment est-il possible d'être certain que la patiente est en accord avec la décision, le geste, le traitement, si la question n'est pas simplement posée ? De plus, il est impératif de s'assurer de la compréhension de la patiente. La redondance de certains gestes, la banalisation de certains autres

est probablement l'une des raisons qui entraîne les soignants à automatiser leurs pratiques et utiliser « il faut... » plutôt qu'« êtes-vous d'accord pour... ». Néanmoins, il est indispensable de se rappeler que ces gestes ne sont pas quotidiens pour les patients et qu'ils ont ce droit à l'information ainsi qu'au recueil de leur consentement.

Pour la situation de l'épisiotomie, cinq sages-femmes confiaient ne jamais recueillir le consentement. Plusieurs éléments expliquaient ce défaut de consentement : la perception d'une altération de l'aptitude à consentir des patientes, le manque de temps et la situation d'urgence. En effet, toutes les sages-femmes considéraient que la situation d'urgence modifiait le recueil du consentement. D'après le Larousse, l'urgence est définie par une « Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement » (48). Cette définition ne s'applique pas à toutes les urgences en obstétrique car il peut tout à fait exister des situations urgentes sans qu'il n'y ait de pathologie. Par exemple, un accouchement imminent peut être considéré comme une situation urgente sans pour autant qu'il n'y ait de pathologie qui interfère. Il n'existe pas de définition consensuelle de l'urgence en obstétrique. L'article L 1111-2 du Code de la Santé Publique dispose que l'urgence dispense d'informer, et par conséquent de recueillir le consentement (22). Cependant, pour onze des sages-femmes, l'épisiotomie n'était pas toujours voire jamais un geste d'urgence. Il existe donc un paradoxe pour cette situation.

Huit sages-femmes demandaient à leurs patientes pendant le travail si elles souhaitaient être informées au moment de la réalisation de l'épisiotomie. Cette manière de procéder est intéressante car il est concevable que certaines patientes ne souhaitent pas être informée au moment de l'incision. Cependant cette organisation ne doit pas occulter le recueil du consentement. Parfois, les sages-femmes décrivaient demander si la patiente souhaitait « être prévenue » ce qui impose d'une certaine façon le geste. Son accord n'est pas demandé, ce sont les modalités de la réalisation du geste qui lui sont proposées.

La grande majorité des sages-femmes de notre échantillon pensaient que le recueil du consentement à l'épisiotomie était nécessaire. En 2016, le mémoire de Laura Subrini « Point de vue et attitude des sages-femmes vis-à-vis de l'épisiotomie » avait montré que près de la moitié des sages-femmes pensaient que le consentement à l'épisiotomie n'était pas justifié (49).

Les sages-femmes pensaient que la meilleure façon de procéder serait d'informer les patientes sur l'épisiotomie pendant la grossesse ou le travail et de recueillir leur consentement pendant le travail. Pour la partie information, il est judicieux de donner l'information en amont du geste. Cela permettrait aux patientes d'avoir un délai de réflexion suffisamment long et de pouvoir consentir librement. Pour le recueil du consentement, le réaliser en amont dénature le caractère

révocable du consentement. Une seule sage-femme déclarait donner l'information sur l'épisiotomie pendant le travail et recueillir le consentement au moment de sa réalisation. Cette manière de procéder est sans doute la plus juste d'un point de vue juridique car elle permet à la patiente de refuser l'épisiotomie jusqu'au dernier moment. Néanmoins, si la volonté de la personne est de ne pas être informée de la réalisation de l'acte au moment-même, celle-ci ne devrait-elle pas être respectée ?

Bien que la notion d'information soit bien connue des sages-femmes, la notion de liberté n'a été que très peu abordée dans la définition du consentement. Une sage-femme déclare que dans certaines situations, les patientes n'ont pas leur liberté de participer à la décision : « *Ça veut dire que les patients sont au courant dans quelles conditions on est obligées de faire certaines choses et sur quels points on peut leur laisser de la liberté* » (Mathilde). Cette notion « d'obligation » été abordé par la majorité des sages-femmes dans les situations d'urgence vitale fœtale. Pour les sages-femmes de notre échantillon, la dyade mère enfant et le contexte d'urgence étaient les difficultés du recueil du consentement en obstétrique.

2.3. L'urgence vitale fœtale

Pour les sages-femmes de l'échantillon, les spécificités du recueil du consentement en obstétrique sont la dyade mère-enfant ainsi que le contexte d'urgence.

L'urgence est l'une des exceptions au recueil du consentement. Cependant, ce critère d'urgence n'est pas défini dans les textes de loi. La césarienne en urgence relève par définition de l'urgence mais peut être d'indication maternelle ou fœtale. D'après l'article 223-6 du Code Pénal : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la **personne** s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende » (50). Ainsi, toutes les situations où il existe un risque vital maternel nécessitent une prise en charge avec ou sans consentement. Cependant lorsqu'il s'agit du risque vital fœtal, la loi ne se prononce pas. Avant que l'enfant naisse, il ne possède pas le statut juridique d'une personne et tous les soins qui lui seront prodigués passent inévitablement par le corps de sa mère. Un cas refus de césarienne d'indication fœtale ayant entraîné la mort fœtale in utéro avait donné lieu à un article en 2013.

Bien qu'il n'ait pas été démontré que l'**épisiotomie systématique** améliorerait l'état néonatal (6), elle est couramment pratiquée dans les situations d'ARCF sévères au cours de l'accouchement.

Neuf sages-femmes de notre étude ont déclaré, parfois avec difficultés, qu'elles iraient au-delà du consentement à l'épisiotomie de la mère dans la situation de l'urgence vitale fœtale. Ces sages-femmes ne posent cependant pas la même limite de délai d'action.

Comme le souligne une des sages-femmes, cette situation est presque hypothétique dans la mesure où les patientes acceptent habituellement les soins ou traitement dans l'intérêt de leur enfant.

3. Forces et limites de l'étude

3.1. Forces

Notre mémoire a la qualité de s'intéresser à un sujet peu abordé dans la littérature, du moins comme thème principal de recherche. L'enquête du CIANE sur l'épisiotomie avait mis en avant que dans 80% des cas, le consentement à l'épisiotomie n'était pas recherché. Notre étude avait pour objectif secondaire d'initier une réflexion chez les professionnels sur le recueil du consentement dans la situation de l'épisiotomie.

Le choix de réaliser des entretiens semi-directifs a permis de faire émerger des concepts propres aux sages-femmes. La grille d'entretien a été réalisée à la suite d'une revue de la littérature ce qui nous a permis d'analyser adroitement le sujet. Lors des entretiens, l'anonymat était garanti à chaque sage-femme interrogée. Il était également précisé que l'objectif était de recueillir un point de vue et qu'il ne s'agissait pas d'une évaluation des connaissances. Ces deux éléments ont permis d'instaurer une relation de confiance. De plus le fait d'avoir réalisé les entretiens sur le lieu de travail des sages-femmes a finalement permis qu'elles soient bien ancrées dans un contexte professionnel.

3.2. Limites et biais

Cette étude a pour principale limite de recueillir le point de vue d'une faible proportion de sages-femmes à un instant t. Ces résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des sages-femmes. De plus, pour la partie sur les pratiques des sages-femmes, le caractère déclaratif de cette étude n'est pas négligeable.

Il existe également un biais de sélection. En effet, notre étude comportait neuf sages-femmes ayant obtenu leur diplôme au cours des trois dernières années. La majorité des sages-femmes interrogée a donc une expérience mineure de la salle de naissance. De plus, la plupart des sages-femmes déclaraient ne réaliser que très peu d'épisiotomie (moins de 5 par an), ainsi, certaines de leurs réponses étaient hypothétiques.

Conclusion

Depuis le débat sur les violences obstétricales, le consentement à l'épisiotomie est un sujet très discuté. Des femmes témoignent avoir eu une épisiotomie parfois sans information, très souvent sans recueil de consentement.

Les sages-femmes de notre échantillon ont globalement une bonne connaissance de la définition du consentement même s'il existe parfois une confusion entre information et consentement. Elles pensent que l'épisiotomie est un geste délicat du fait de sa localisation intime, et elles confient ne pas aimer la pratiquer. Les professionnelles interrogées ont déclaré qu'il était compliqué de recueillir le consentement des patientes dans le contexte de l'urgence. Elles ont aussi pensé que le libre arbitre des patientes pouvait être altéré pendant le travail.

En pratique, les sages-femmes déclarent que le consentement est souvent implicite. Celui-ci n'est finalement pas souvent recueilli pour l'épisiotomie bien que la plupart des sages-femmes déclarent avoir une discussion autour de l'épisiotomie avec leurs patientes. Les professionnelles abordent souvent les indications et modalités de réalisation de l'épisiotomie avec leurs patientes en leur demandant si elles souhaitent être prévenues au moment de l'incision. Au sein de notre échantillon, l'appréhension du refus de l'épisiotomie est évoquée à plusieurs reprises et notamment la conduite à tenir en cas de refus. Les sages-femmes déclarent ne pas recueillir le consentement principalement par manque de temps bien qu'elles affirment que l'épisiotomie n'est pas systématiquement un geste réalisé dans l'urgence.

Les professionnelles ont pensé que la meilleure manière de procéder pour l'information et le consentement à l'épisiotomie serait de donner l'information au cours de la grossesse et du travail et de recueillir le consentement des patientes pendant le travail.

Les sages-femmes de l'échantillon ont semblé intéressées par le sujet et ont toutes spontanément abordé l'épisiotomie lorsque le consentement en salle de naissance était discuté. Certaines sages-femmes ont déclaré avoir changé de pratique du fait du débat sur les violences obstétricales. Ces changements de pratique n'ont pas de lien avec l'année d'obtention du diplôme et semble être propre à chaque sage-femme. Certaines professionnelles de notre échantillon donnent plus d'information à leurs patientes et essayent de s'adapter à leurs désirs. Néanmoins, il reste des progrès à faire en matière de recueil de consentement à l'épisiotomie.

Ainsi, on peut penser qu'il serait intéressant d'effectuer un rappel sur l'obligation de recueil de consentement à l'épisiotomie. L'information pourrait, en effet, être donnée en cours de grossesse :

préparation à la naissance, consultation. Il serait intéressant de rediscuter du sujet avec chaque femme en début de travail. Son consentement pourrait être recueilli à ce moment et réitéré au moment de la réalisation excepté si elle ne souhaite pas être informée au moment de l'incision. Pour qu'enfin professionnels et patients puissent vivre l'accouchement en toute sérénité, il serait intéressant d'effectuer une étude de plus grande ampleur sur les freins à un réel recueil du consentement à l'épisiotomie.

Bibliographie

1. Déchalotte M. Le Livre Noir de la Gynécologie. FIRST Editions. 2017.
2. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées.
3. Emma. L'histoire de ma copine Cécile. Emma. 2016.
4. Mercier C, Dallay D. Chapitre 68 - Information et consentement. In: Marpeau L, éditeur. Traité d'obstétrique. Paris: Elsevier Masson; 2010. p. 517-28.
5. L'ÉPISIOTOMIE Recommandations pour la pratique clinique. CNGOF; 2005.
6. Riethmuller D, Courtois L, Maillet R. L'épisiotomie - Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 10 mars 2008;35(S1):32-9.
7. Cesbron P. L'évolution des soins obstétricaux au vingtième siècle. Soins PédiatriePuériculture. 18 févr 2008;27(233):31-5.
8. Enquête nationale périnatale, Rapport 2016: les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. INSERM, DREES, Enquête réalisée avec la participation des services départementaux de Protection maternelle et infantile et des réseaux de santé en périnatalité; 2017 oct.
9. Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement MC, Collet G, Courtois L, et al. Évaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français. EM Prem. 5 févr 2010;39(1):37-42.
10. CIANE. Episiotomie : taux en baisse, mais tout reste à faire en matière de consentement et de transparence des établissements. CIANE. 2013.
11. Debarre J-M. Consentement à l'acte médical en droit. Un état des lieux. Médecine Droit. 1 mai 2017;2017(144):57-69.
12. Nye RA. Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947. Mouv Soc. 1 nov 2006;no 214(1):19-36.
13. Arrêt Teyssier de la Cours de Cassation [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2001x035x003/HSMx2001x035x003x0299.pdf>
14. Bergoignan-Esper C. Le consentement médical en droit français. Laennec. 2011;Tome 59(4):15-23.
15. Code de Nuremberg. août 19, 1947.
16. La Déclaration universelle des droits de l'homme. 1948.
17. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le code de déontologie médicale. Code de Déontologie médicale.

18. Présentation du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.
19. Code civil - Article 16. Code civil.
20. Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine. STE n°164 avr 4, 1997.
21. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
22. Code de la santé publique - Article L1111-2. Code de la santé publique.
23. Droits des personnes hospitalisées charte de la personne hospitalisée. Annexe à la circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 mars 2, 2006.
24. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
25. Mazars M-F. L'information au patient et le consentement éclairé : l'état du droit. ERES; 2004.
26. Missonnier S. Ombres, lumières et éblouissements du consentement éclairé. ERES; 2004.
27. Moutel G. Pourquoi le consentement des patients ne doit-il pas être banalisé ? Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 nov 2012;40(11):698-700.
28. ciane. Du bon usage du projet de naissance. CIANE. 1999.
29. Azria E, Bétrémieux P, Caeymaex L, Debillon T, Fournié A, Huillery M-L, et al. L'information dans le contexte du soin périnatal: aspects éthiques. Arch Pédiatrie. 1 oct 2007;14(10):1231-9.
30. Manaouil C. La relation sage-femme/patiente peut-elle être violente ? Rev Sage-Femme. 1 déc 2018;17(6):261-71.
31. Code de la santé publique - Article L2212 -4. Code de la Santé Publique.
32. Conseil d'Etat, ASSEMBLEE, du 31 octobre 1980, 13028, publié au recueil Lebon.
33. Code civil - Article 311. Code civil.
34. Code pénal - Article 221-6. Code pénal.
35. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 25 juin 2002, 00-81.359, Publié au bulletin.
36. Cour de Cassation, Assemblée plénière, du 29 juin 2001, 99-85.973, Publié au bulletin.
37. Defline A, Obadia M, Djerbi AE, Plevy P, Lepercq J. Refus maternel de césarienne d'indication fœtale, mort-né. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 25 déc 2013;43(1):71-6.
38. Évaluer la capacité décisionnelle, condition nécessaire au recueil du consentement | article | Espace éthique/Ile-de-France. [cité 8 mai 2018]; Disponible sur: <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/%C3%A9valuer-la-capacit%C3%A9-d%C3%A9cisionnelle-condition-n%C3%A9cessaire-au-recueil-du-consentement>
39. Liendle M. Vulnérabilité. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de recherche en soins infirmiers; 2012. p. 304-6. (Hors collection). Disponible sur:

<https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-304.htm>

40. Hamelin-Brabant L, de Montigny F, Roch G, Deshaies M-H, Mbourou-Azizah G, Borgès Da Silva R, et al. Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Santé Publique*. 2015;27(1):27-37.
41. Vercauteren M. Consentement éclairé en obstétrique : peut-on tout dire ? *Prat En Anesth Réanimation*. 1 juin 2010;14(3):192-5.
42. Black JDB, Cyna AM. Issues of consent for regional analgesia in labour: a survey of obstetric anaesthetists. *Anaesth Intensive Care*. avr 2006;34(2):254-60.
43. Durand A-A, Baruch J, Motet L. Taux de césariennes, d'épisiotomies... : comparez les maternités près de chez vous. 31 janv 2018;
44. Mattei J-F. Respecter l'autonomie de la personne soignée. *Soins*. avr 2018;63(824):25-7.
45. Svandra P. Un regard sur le soin. *Rech Soins Infirm*. 2008;N° 95(4):6-13.
46. Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Ed. du Seuil; 1990. 424 p. (L'ordre philosophique).
47. Delafoy É. Informations reçues et vécu des femmes : à propos de l'épisiotomie. 22 mai 2017;69.
48. Larousse É. Définitions : urgence.
49. Subrini L. Points de vue et attitudes des sages-femmes vis-à-vis de l'épisiotomie. 28 juin 2016;72.
50. Code pénal - Article 223-6. Code pénal.

Annexes

Annexe 1 : GRILLE D'ENTRETIEN MEMOIRE

	Question première intention	Relance
Représentations et définition du consentement	Pour vous, que signifie le consentement libre et éclairé ?	Que vous évoque-t-il ?
	Que pensez-vous du consentement en obstétrique ?	Est-il différent par rapport à d'autres spécialités ? (Fœtus + mère)
	Citez quelques situations dans lesquelles s'appliquent le consentement libre et éclairé dans votre travail	En salle de naissance ? Pendant un accouchement ? (<i>et l'épisiotomie... ?</i>)
	Pensez-vous que l'épisiotomie nécessite le recueil du consentement libre et éclairé ?	Pourquoi ?
	Pensez-vous que les femmes qui sont en train d'accoucher sont en mesure de donner leur consentement ?	Douleur Emotions Hormones Autre ?
Recueil du consentement différent car geste différent	Pensez-vous que l'épisiotomie est un geste d'urgence ?	
	La réalisation d'un geste dans l'urgence modifie-t-elle la recherche du consentement libre et éclairé ?	Pourquoi ? (A quoi vous référez-vous ?)
	Recueillez-vous systématiquement le consentement lorsque vous faites une épisiotomie ?	Pourquoi ? Temps ? Stress ? Appréhension du refus ?
Exposition au refus	Avez-vous déjà été confronté à un refus de consentement ?	Dans quelle situation ? Comment vous êtes-vous senti ? Qu'avez-vous fait ? Comment avez-vous réagi ? Cela a-t-il modifié vos pratiques ? Cela vous est-il déjà arrivé dans la situation de l'épisiotomie ?
	A votre avis, à quel moment faut-il recueillir le consentement d'une patiente ?	
	Dans votre pratique, à quel moment cela est-il fait ?	

CAS CLINIQUES : Comment agiriez-vous dans les situations suivantes ?	Lors d'un effort expulsif : ralentissement prolongé depuis 3 minutes, présentation bloquée sur le périnée	Indication à l'épisiotomie ou non ? Recueilleriez-vous le consentement ? Est-ce une situation qui change le recueil du consentement ?
	Patiente ayant un antécédent de périnée complet	Indication d'épisiotomie ou non ? Recueilleriez-vous le consentement ? Est-ce une situation qui change le recueil du consentement ?
	La patiente indique dans son projet de naissance qu'elle ne souhaite pas d'épisiotomie car elle considère que c'est une atteinte à son corps. Au moment de l'accouchement, vous pensez qu'il y a une indication d'épisiotomie	Que faites-vous ?
	Lors d'une extraction instrumentale : début de déchirure en direction de l'anus	Indication d'épisiotomie ou non ? Recueilleriez-vous le consentement ? Est-ce une situation qui change le recueil du consentement ?
Profil	Gynécologue obstétricien/ Sage-femme ?	
	En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?	
	Dans quelle ville/faculté l'avez-vous obtenu	
	Décrivez brièvement votre parcours professionnel	Hôpital ? lesquels ? Libéral ? Où ? Pendant combien de temps (si salle de naissance) ? Quels services majoritairement ?

Annexe 2 : AFFICHE EXPLICATIVE DE L'ETUDE



Bonjour à toutes et à tous,

Etudiante sage-femme en dernière année d'école à l'école de Baudelocque, je suis à la recherche de sages-femmes volontaires pour participer à un entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude.

Je recherche des professionnels travaillants ou ayant travaillé au cours de la dernière année en salle de naissance.

L'entretien portera sur le recueil du consentement en obstétrique. **Ces entretiens seront par la suite anonymisés.**

Il ne s'agit en aucun cas d'évaluer les connaissances mais de recueillir votre point de vue.

Si cette expérience vous intéresse, vous pouvez me contacter :

- par téléphone/SMS : 06.33.31.17.82
- par mail : elisefaure@outlook.fr

N'hésitez pas à me contacter.

Merci de l'attention que vous porterez à cette affiche !

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.