



HAL
open science

Consentement libre et éclairé en maïeutique : approche pluridisciplinaire : étude observationnelle de catégorie 3 par approche qualitative, à propos de cinq patientes sur les sites du CHR Metz-Thionville, CH Lunéville, CH Basse-Terre, de 2016 à 2020

Laure Israël

► **To cite this version:**

Laure Israël. Consentement libre et éclairé en maïeutique : approche pluridisciplinaire : étude observationnelle de catégorie 3 par approche qualitative, à propos de cinq patientes sur les sites du CHR Metz-Thionville, CH Lunéville, CH Basse-Terre, de 2016 à 2020. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870542

HAL Id: hal-03870542

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870542>

Submitted on 24 Nov 2022

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et 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 une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de Metz

Consentement libre et éclairé en maïeutique :
approche pluridisciplinaire

Étude observationnelle de catégorie 3 par approche qualitative,
à propos de cinq patientes sur les sites du CHR Metz-Thionville,
CH Lunéville, CH Basse-Terre, de 2016 à 2020.

Mémoire présenté et soutenu par Léa ISRAËL

Née le 9 Mars 1996

Directeur de mémoire : Laure Bernard
Sage-femme Enseignante

Expert de mémoire : Bruno Py
Professeur de Droit privé et sciences criminelles

Promotion 2016-2020

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de Metz

Consentement libre et éclairé en maïeutique :
approche pluridisciplinaire

Étude observationnelle de catégorie 3 par approche qualitative,
à propos de cinq patientes sur les sites du CHR Metz-Thionville,
CH Lunéville, CH Basse-Terre, de 2016 à 2020.

Mémoire présenté et soutenu par Léa ISRAËL

Née le 9 Mars 1996

Directeur de mémoire : Laure Bernard
Sage-femme Enseignante

Expert de mémoire : Bruno Py
Professeur de Droit privé et sciences criminelles

Promotion 2016-2020

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Merci tout d'abord à Madame Laure Bernard, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, son accompagnement et ses encouragements tout au long de l'écriture de ce mémoire.

Merci à Monsieur Bruno Py pour ses lectures avisées et sa contribution à l'analyse juridique des situations rencontrées.

Merci à Monsieur Sébastien Klam, pour ses cours d'éthique médicale et l'opportunité d'assister aux réunions du comité d'éthique dont il fait partie ; ces dernières ont permis l'émergence du sujet de ce mémoire.

Un merci particulier à mes amies et futures collègues Margot, Marie-Sophie, Lucile et Marine avec qui j'ai partagé ces quatre années en école de sages-femmes, dans la joie et la bonne humeur.

Merci à Raphaël, pour son soutien indéfectible et sa tendresse.

Enfin, un très grand merci à mes parents, aux discussions partagées et aux multiples relectures qui m'ont permis d'obtenir chaque fois une version plus aboutie de ce travail. Merci à tous les deux et à mes frères, pour leur soutien, leur présence et leur amour.

ABRÉVIATIONS :

AGN : Accompagnement Global de la Naissance

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Régional

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CRAT : Centre de Référence des Agents Tératogènes

CSP : Code de la Santé Publique

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

GHR : Grossesses à Haut Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil de l'Égalité

HPP : Hémorragie du Post-Partum

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

QEVA : Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement

SA : Semaines d'Aménorrhée

TV : Toucher Vaginal

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
ABRÉVIATIONS	5
SOMMAIRE	6
1. INTRODUCTION – CONTEXTE	7
1.1. ÉMERGENCE DU SUJET	7
1.2. DÉFINITION	7
1.3. LA STANDARDISATION	8
1.4. L'INTIMITÉ	8
1.5. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ	9
1.6. LA TRAÇABILITÉ	9
1.7. LE DROIT D'ÊTRE INFORMÉ(E)	10
2. MÉTHODOLOGIE	13
2.1. SCHÉMA D'ÉTUDE	13
2.2. POPULATION D'ÉTUDE	13
2.3. CRITÈRES DE JUGEMENT	14
2.4. MINIMISATION DES BIAIS	14
2.5. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	14
2.6. HYPOTHÈSES	14
3. RÉSULTATS	15
3.1. JADE	15
3.2. MILA	17
3.3. ZOÉ	18
3.4. LUCIE	19
3.5. ADÈLE	20
4. DISCUSSION	21
4.1. LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ÉTUDE	21
4.2. LE VERSANT MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE SAGE-FEMME	21
4.3. LE VERSANT JURIDIQUE ET DÉONTOLOGIQUE DE LA PRISE EN CHARGE SAGE-FEMME	27
4.4. LE VERSANT PSYCHOLOGIQUE ET SOCIOLOGIQUE DE LA PRISE EN CHARGE SAGE-FEMME	32
4.5. LE VERSANT ÉTHIQUE DE LA PRISE EN CHARGE SAGE-FEMME	39
5. ÉTUDIANT SAGE-FEMME	43
5.1. LA FORMATION	43
5.2. LA SENSIBILISATION	44
5.3. LE PATIENT : OBJET PÉDAGOGIQUE	45
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES	53
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE REMIS AUX ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES DE L'ÉCOLE DE METZ	54
ANNEXE II : PRINCIPAUX RÉSULTATS DE CETTE ENQUÊTE	57

1. INTRODUCTION – CONTEXTE

Le début de mon parcours en études de santé fut marqué par différents éléments. En 2014 le hashtag #PayeTonUtérus a fait émerger plus de 7000 témoignages de femmes en 24h dénonçant des examens vaginaux brutaux ou pratiqués sans leur consentement. Quelques mois plus tard, le 2 février 2015, un article fut publié sur le site de LCI, intitulé « *Touchers vaginaux sur patientes endormies : un tabou à l'hôpital ?* ». Des étudiants en médecine apprenaient notamment à réaliser un examen clinique de l'utérus et des annexes par le toucher vaginal « *sur patiente endormie* ». Cet article m'a alors semblé surréaliste, d'autant plus que la doyenne de l'UFR de Lyon sud Charles Merieux, reconnaissant que ce système n'était « *pas parfait* », avait ajouté : « *on pourrait effectivement demander à chaque personne l'accord pour avoir un toucher vaginal de plus mais j'ai peur qu'à ce moment-là, les patientes refusent* ». [1] Je me suis alors demandé si, au nom d'un apprentissage, nous pouvions tout nous permettre. Cela m'a également questionnée sur la considération du patient par les professionnels de santé ; au nom d'un savoir, peut-on passer outre la recherche du consentement de celui ou de celle que nous prenons en charge ?

1.1. L'ÉMERGENCE DU SUJET

Au cours de ma formation en école de sages-femmes, sur les différents lieux de stages, certaines situations, certains désaccords voire confrontations entre professionnels de santé et patients, m'ont posée question. Leur point commun : le consentement. Je me suis interrogée sur les tenants et les aboutissants liés à ce dernier. Le Code de la Santé Publique (CSP) énonce à l'article L.1111-4 alinéa 4 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* ». Le consentement semble ainsi être un prérequis indispensable à toute prise en charge (hors situation relevant de l'urgence). Il apparaît que cela n'est pas toujours le cas sur le terrain.

En juillet 2017, la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, a demandé au Haut Conseil de l'Égalité (HCE) de conduire un rapport portant sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. [1] À travers ce dernier, le HCE a identifié six types d'actes sexistes parmi lesquels on retrouve les actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente. La première des vingt-six recommandations de ce rapport fait apparaître les notions de consentement et d'information, les désignant ainsi comme pierre angulaire du partenariat entre soignant et soigné.

1.2. DÉFINITION

Le *consentement* est une considération récente à l'échelle du temps, datant de l'arrêt Teyssier en 1942, renforcée quelques années plus tard au moment du procès de Nuremberg (1945 – 1946). La notion de *consentement éclairé* figure pour la première fois dans les textes législatifs avec la loi Huriet-Sérusclat de 1988, puis dans le Code Civil en 1994 avec les lois bioéthiques et enfin, en 1995, dans le Code de déontologie médicale. [2]

Le consentement se définit comme « *l'action de donner son accord à une action, à un projet* ». [3] Il apparaît ainsi comme la manifestation de la volonté de l'individu. Consentir est un verbe d'action. Rechercher le consentement de la personne, c'est la laisser être actrice de sa santé.

La délivrance d'informations semble être un préalable incontournable à l'obtention du consentement de la personne concernée et une mauvaise information entraînera systématiquement un consentement vicié. [4] Lorsqu'une patiente consent à tel acte ou telle pratique, elle l'accepte, elle donne sa permission, son assentiment, son autorisation au(x) professionnel(s) de santé.

1.3. LA STANDARDISATION

La science est dynamique, jamais figée. Pour prouver une hypothèse il suffit d'accumuler des arguments en sa faveur et des données compatibles avec celle-ci. Or, sur le plan de la logique ce type de raisonnement constitue une erreur car on ne peut jamais être sûr d'avoir toutes les preuves possibles. Les épistémologues avancent l'idée qu'il est impossible de prouver qu'une hypothèse est vraie alors qu'un unique contre-exemple permet de la contredire. Karl Popper, philosophe et épistémologue du XX^e siècle, considère qu'une théorie est scientifique à partir du moment où elle est réfutable. La réfutabilité est de l'ordre de la potentialité : ce n'est pas montrer que l'hypothèse est fausse mais tenir compte de la potentielle remise en question de sa validité. [5]

Cette idée de remise en question potentielle est-elle suffisamment considérée vis-à-vis des protocoles de soin ? La standardisation du soin est une nécessité : elle permet d'assurer un accès au soin à tous et d'éviter une perte de chance. La formation que nous recevons nous permet d'avoir des solutions standardisées à proposer aux femmes. Les patientes qui n'adhèrent pas à ces schémas de soin semblent être minoritaires. Leur refus est considéré par l'équipe médicale comme une « *incapacité* » à comprendre ce qui se joue réellement et à saisir le sens de la prise en charge. Cette question de sens est essentielle. Ce qui fait sens auprès de la sage-femme fait-il nécessairement sens, au même titre, auprès de la patiente ? Nous considérons à un instant T que ce qui convient au plus grand nombre devient une référence dans les prises en charge. Or, les protocoles établis n'ont pas vocation à être immuables ; alors dans quelle mesure peut-on les adapter au cas par cas ?

Nos connaissances théoriques et celles acquises par l'expérience nous permettent d'évaluer une balance bénéfices-risques pour chaque situation rencontrée. Quelle place est laissée au choix de la patiente dans cette évaluation ? Quel crédit est accordé à l'évaluation de sa propre balance bénéfices-risques ? Qu'en est-il du respect du rapport au risque de chacune ? Dans des schémas de soins standardisés, quelle place est réellement laissée à la volonté et à l'avis de la patiente ? La standardisation peut-elle être un facteur d'oubli de la singularité de chacun ? Par la répétition de l'application de protocoles, comment éviter de tomber dans la robotisation de quelque chose qui est de l'ordre de l'intime : le soin ?

1.4. L'INTIMITÉ

Cette notion semble essentielle. Elle est définie comme étant le caractère de ce qui est profond, intérieur et préservé. [3] Prêtons attention à notre organogenèse : au niveau embryologique, l'ectoderme est la couche cellulaire la plus extérieure de l'embryon au premier stade de son développement. Il est à l'origine de l'épiderme mais aussi du système nerveux central et périphérique de l'individu. [6] Il est important de garder à l'esprit que la peau, enveloppe la plus superficielle de l'individu, a la même origine que le système nerveux qui est quelque chose de bien plus profond.

Lors d'un soin, le contact avec le patient ne renvoie donc pas seulement au toucher cutané : cela touche l'individu dans sa globalité, jusqu'à l'atteindre dans sa profondeur.

L'examen clinique d'une patiente peut nécessiter la réalisation d'un examen des seins, un palper abdominal ou encore un toucher vaginal (TV). La pose d'un spéculum réalisée par un professionnel des centaines de fois peut lui sembler banale et la sphère gynécologique peut être considérée comme asexuée, presque détachée de la personne. [7] Il ne faut pas oublier que cela n'est (peut-être) pas le cas pour la patiente.

1.5. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

Un certain paternalisme semble parfois persister dans la relation soignant-soigné : relation entre un sachant, détenteur de connaissances et un patient considéré comme ignorant. De quelles connaissances parle-t-on ? Connaissances médicales ? Connaissances théoriques ? Connaissances pratiques et techniques ? Le paternalisme médical renvoie à la notion de substitution : au nom de l'intérêt du soigné, le professionnel de santé se substitue au patient dans la prise de décision. En 1928, Charles Nicolle (Prix Nobel de médecine pour ses travaux sur le typhus) disait : « *la conscience du savant l'emporte sur celle de l'homme* ». Qu'en est-il aujourd'hui ?

Au nom d'un savoir, la sage-femme peut-elle s'autoriser à décider pour la patiente ou la conduire à adhérer au schéma de soins qu'elle lui propose ? Peut-elle se dispenser du recueil de son consentement au nom de ses connaissances ? Quelle est la place de la connaissance de l'autre, sa considération et sa compréhension pour apporter à sa situation une réponse adaptée ?

Le consentement semble parfois être considéré comme un accord tacite. Nous pouvons être amenés à considérer qu'une femme enceinte, venant accoucher à la maternité, consent aux actes réalisés en routine par les sages-femmes tels que la pose d'une voie veineuse périphérique, celle d'une perfusion d'oxytociques, les sondages urinaires évacuateurs, ou encore la réalisation de touchers vaginaux toutes les heures. Nous pouvons également citer l'exemple de la position choisie pour accoucher ; est-elle choisie par l'équipe soignante ou par la patiente ? Lorsque la sage-femme n'informe pas la patiente des alternatives concernant la position d'accouchement, lui laisse-t-elle le choix ?

Le CSP énonce à l'article L. 1111-4 alinéa 1 que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* ». Si l'on observe la construction de cet article, on s'aperçoit que le sujet, acteur de la prise de décision, est la personne, la patiente elle-même. Le professionnel de santé est relégué au second plan : ce n'est pas l'acteur au sens propre. La sage-femme ne prend pas les décisions pour la santé de la patiente ; en tant que professionnel médical, elle lui délivre les informations qui lui permettront d'évaluer la situation et de délibérer. La préposition « avec » me semble capitale : la relation de soin est une alliance, un partenariat. La sage-femme a une place privilégiée ; c'est un interlocuteur de première ligne des femmes. Elle s'inscrit dans une véritable relation qui requiert du respect, de la considération, de la confiance et de la bienveillance.

1.6. LA TRAÇABILITÉ

Une confusion semble s'être installée entre le fond et la forme du consentement. Nous consentons pour quelque chose que nous considérons maintenant. Nous ne consentons ni pour un acte passé ni un acte futur. Le consentement est de l'ordre de l'ici et du maintenant. Nous pouvons nous interroger sur la différence entre l'obtention du consentement de la patiente et la preuve du consentement.

Dans une dynamique de traçabilité, le maximum d'éléments concernant la prise en charge d'une patiente est transcrit au sein de son dossier médical. L'article L. 1111-2 du CSP, énonce que « *en cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen* ». La signature d'un papier par une patiente, attestant qu'elle a reçu les informations nécessaires à sa prise de décision, est-elle opposable en cas de litige ? Est-ce une preuve suffisante de validité du consentement ?

1.7. LE DROIT D'ÊTRE INFORMÉ(E)

D'après une étude réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publiée en 2008, plus de 95 % de femmes se déclarent très ou plutôt satisfaites de leur suivi de grossesse et du déroulement de leur accouchement. Celles-ci sont particulièrement sensibles aux qualités humaines des professionnels de santé, même si elles souhaiteraient être un peu plus informées sur les actes pratiqués au cours de l'accouchement. Si les femmes dressent un tableau très positif de la manière et des conditions dans lesquelles s'est déroulé leur accouchement, elles se révèlent un peu plus sceptiques quant à la capacité des professionnels à expliquer leur démarche médicale et les implications potentielles sur leur santé. [8]

En 2018, lors des 16^e journées du Collège National des sages-femmes de France, Marie Julia Guittier, sage-femme suisse, docteur en sciences de la vie et de la santé, présentait son étude sur le vécu de l'accouchement. Avec son équipe de recherche, elle a développé le Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement (QEVA) rempli par 291 mères environ un mois après leur accouchement. C'est un outil composé de 25 items prenant en considération l'aspect multidimensionnel de l'expérience de l'accouchement.

* À l'item « *tout s'est déroulé comme je l'avais imaginé* » durant l'accouchement, 46,1% ont répondu « *pas tellement/pas du tout* ».

* À l'item « *J'ai pu me mouvoir ou choisir librement ma position* » durant l'accouchement, 48,1% ont répondu « *pas tellement/pas du tout* ».

* À l'item « *Je me sentais inquiète* », 46,5% des femmes ont répondu « *tout à fait/en partie* ».

* À l'item « *Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant* » 11,4% ont répondu « *pas tellement/pas du tout* ».

* À l'item « *Je me suis sentie soutenue émotionnellement par les professionnels qui s'occupaient de moi* » 8,1% ont répondu « *pas tellement/pas du tout* ». Le même pourcentage a répondu « *pas tellement/pas du tout* » à l'item « *J'ai compris tout ce qui s'est passé lors de mon accouchement* ».

* À l'item « *Les professionnels me tenaient informée de ce qui se passait* », 5,7% ont répondu « *pas tellement/pas du tout* ». [9]

Nous pouvons avoir le sentiment que les explications deviennent plus denses et fournies lorsqu'un refus est clairement exprimé par la patiente. Face à son refus, la sage-femme peut tenter de la faire changer d'avis. Nous pouvons alors nous questionner sur la légitimité que nous avons, en tant que professionnel de santé, à chercher à convaincre une patiente d'une prise en charge qu'elle refuse.

En tant que soignant, recherche-t-on à connaître la décision du patient ou à obtenir son adhésion à notre propre décision ? La sage-femme, dans sa position de sachant, oriente-t-elle la prise de décision de la patiente ? Pourrait-on parler de manipulation ? Volontaire ? Involontaire ? Quelle est la valeur d'un consentement recueilli sans que les informations n'aient été exhaustives ? Sur quels critères se baser pour choisir quelles informations sont à délivrer à la patiente afin qu'elle puisse décider pour elle-même ? À partir de quand peut-on considérer que l'information délivrée éclaire suffisamment la patiente ? Dans les situations de moindre urgence, quelles sont les informations réellement délivrées ?

L'article L.1111-2 du CSP énonce que « *l'information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser* ». Ainsi, le péril vital imminent est la seule situation dans laquelle il est licite d'accomplir un geste médical sur une personne sans avoir préalablement obtenu une expression libre et éclairée de sa volonté. [10]

Le champ de compétences de la sage-femme est celui de la physiologie et elle est formée pour dépister la pathologie, faire appel au médecin dans ce cas et gérer l'urgence. Les situations prises en charge par la sage-femme relèvent ainsi majoritairement de la physiologie ; nous pouvons nous demander quelle est la place de l'information et du consentement dans ce cadre.

Mme Lesieur, sage-femme, a rédigé son mémoire en 2015 ; elle a réalisé une étude quantitative descriptive, rétrospective et multicentrique portant sur le consentement éclairé en salle de naissances dans le cadre de la direction du travail. Elle a interrogé des sages-femmes ayant un nombre d'années d'exercice variable. Cette étude montre que :

- le consentement est « *expressément recueilli* » dans environ 32% des cas,
- le consentement est « *considéré comme recueilli lorsque le refus n'est pas exprimé* » dans près de 12% des cas.

Les raisons invoquées en cas de non recueil du consentement dans cette étude sont principalement :

- les sages-femmes considèrent que l'accord est « *tacite* » : « *Si la patiente s'y oppose, elle osera exprimer son refus* » ;
- la « *nécessité* » de l'acte l'emporte sur le choix du patient.

Dans ce mémoire nous retrouvons :

- Dans presque 45% des cas, l'information apportée à la patiente est jugée « *quasi nulle* ».
- L'information jugée « *complète* » est apportée dans seulement 1% des cas.

Les raisons invoquées en cas de non information de la patiente sont :

- « *Application d'une prise en charge standard* » dans 29,6% des cas ;
- « *Barrière de la langue* » dans 29,6% des cas ;
- « *Urgence* » dans près de 15% des cas ;
- « *Ce n'est pas nécessaire* » dans 3,7% des cas ;
- « *Raison autre* » dans 22% des cas. [11]

L'enquête de périnatalité, réalisée sur le territoire national en 2016 s'est intéressée au contexte des naissances et aux actes pratiqués au cours de l'accouchement. [12] Les résultats du questionnaire remis aux parturientes nous apprennent que :

- 6% des femmes se déclarent « *pas du tout* » ou « *plutôt pas* » satisfaites du suivi de leur grossesse ou de leur accouchement (cela représente 50 000 femmes pour l'année 2016)
- En cas de césarienne, une femme sur dix juge les informations fournies « *insuffisantes* » et une sur vingt « *inexistantes* ».
- Une femme sur deux déplore un manque ou l'absence totale d'explication sur le motif de l'épisiotomie.

Nous pouvons ainsi nous interroger : le niveau de satisfaction de la patiente est-il associé au degré d'information qui lui est délivré ?

Selon les situations rencontrées, il peut apparaître important de mettre en lumière certains éléments, certaines informations qui auraient pu être passées sous silence pour une autre patiente. Cette sélection d'informations est-elle volontaire ou non ? Quelle est la limite entre la sélection d'informations, le défaut d'information et le mensonge médical ?

On peut distinguer le mensonge pur qui correspond au fait de dire sciemment quelque chose de faux et le mensonge par omission qui correspond à une sélection d'informations que l'on choisirait de délivrer à la patiente en en taisant d'autres. Les professionnels de santé peuvent négliger certains éléments qui leur paraissent minimes pour la prise en charge ; le sont-ils pour le/la patient(e) ? Sont-ils négligeables dans son évaluation de sa propre balance bénéfices-risques ? Quel poids ont-ils ou auraient-ils pu/dû avoir dans sa prise de décision ?

Après avoir délivré les informations jugées nécessaires à la prise de décision, comment s'assurer que le consentement recueilli soit libre et éclairé ? Quels sont les outils à la portée des sages-femmes pour s'assurer de ces critères ?

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié, en mai 2012, des recommandations de bonne pratique, rappelant les modalités de délivrance de l'information à la personne sur son état de santé et précisant les éléments à transmettre aux patients. L'information prend en compte la situation de la personne dans ses dimensions psychologique, sociale et culturelle. Il est essentiel de présenter les différents choix possibles, pour permettre à la personne de se représenter les enjeux de sa décision quelle qu'elle soit : accord ou refus. [13]

Réussir à conjuguer la balance bénéfices-risques que l'on évalue en tant que professionnel de santé et les souhaits des patientes semble être un enjeu de taille. Depuis 2012, le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) mène une enquête ; elle vise la mesure et le suivi des pratiques autour de la naissance. Plus de 25 000 femmes ont déjà témoigné du vécu et du déroulement de leur accouchement.

- 90% des femmes dont les souhaits ont été respectés ont « *très bien* » ou « *plutôt bien* » vécu leur accouchement que ce soit sur le plan physique ou psychologique.
- Celles dont les souhaits n'ont pas été respectés ne sont que 43% (sur le plan physique) et 30% (sur le plan psychologique) à déclarer être satisfaites du vécu de leur accouchement.

[14]

Afin de répondre au mieux aux attentes des femmes, il m'a semblé que l'approche pluridisciplinaire de l'individu avait tout son intérêt : prendre en considération la personne dans sa globalité pour mettre en lumière ce qui freine l'obtention de son consentement, entendre et comprendre son point de vue afin d'adapter notre prise en charge à sa singularité. La problématique choisie est ainsi la suivante : en quoi la prise en charge par une approche pluridisciplinaire est-elle nécessaire pour s'assurer de la validité du consentement libre et éclairé de la patiente ?

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. SCHÉMA D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude observationnelle de catégorie 3, avec approche qualitative. Cette dernière portait sur cinq cas cliniques issus de situations rencontrées en période de stage, sur les sites du Centre Hospitalier Régional de Metz – Thionville, CH Lunéville, CH Basse – Terre, de septembre 2016 à mars 2020, dont la prise en charge a nécessité une approche pluridisciplinaire. Les situations ont été transcrites de manière manuscrite, le plus rapidement et le plus précisément possible après avoir été rencontrées. Des prénoms aléatoires ont été attribués aux patientes afin de garantir l'anonymat de leur situation. Les cas ont ainsi été rendus anonymes dès leur transcription. Dès lors que tout élément d'identification des patientes avait été retiré, ces situations devenaient des cas cliniques que nous pouvions analyser librement.

2.2. POPULATION D'ÉTUDE

2.2.1. Critères d'inclusion des situations sélectionnées

Les situations sélectionnées ont permis d'aborder plusieurs compétences des sages-femmes notamment énoncées par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes :

- La sage-femme assure la surveillance et le suivi médical de la grossesse et propose des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
- Elle assure, en toute autonomie, la surveillance du travail et de l'accouchement.
- Elle dispense les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement. Elle pratique la rééducation périnéo-sphinctérienne liée à l'accouchement.
- Au-delà de la période traditionnelle de la grossesse, la sage-femme accompagne également les femmes tout au long de leur vie en assurant leur suivi gynécologique de prévention et en prescrivant leur contraception.
- La sage-femme pratique les actes d'échographie gynécologique. La sage-femme pratique les actes d'échographie obstétricale systématiques ou de dépistage.
- Elle peut réaliser des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par la loi. [...]
- Les sages-femmes assurent un rôle important dans la prévention contre les addictions et notamment en matière de tabacologie. Elles peuvent assurer des consultations en tabacologie auprès des femmes dans le cadre de leur suivi de grossesse ou suivi gynécologique de prévention. Elles sont également habilitées à prescrire des substituts nicotiques aux femmes et à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale. [...]
- Spécialiste de la physiologie, la sage-femme adresse ses patientes à un médecin lorsqu'elle décèle une pathologie.

- Elle peut pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couche pathologiques.
- Dans l'exercice de l'ensemble de son activité professionnelle, la sage-femme, tient un rôle primordial de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes. A ce titre, elle contribue au repérage des situations de violences faites aux femmes. [15]

2.2.2. Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion de cette étude étaient les suivants :

- Les situations dont la complexité a été jugée trop importante pour que l'analyse soit pertinente.
- Les situations n'ayant pas nécessité une approche pluridisciplinaire de la patiente ont été exclues de l'étude.

2.3. CRITÈRES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal correspondait au verbatim, aux commentaires des équipes soignantes ainsi que ceux des patientes, de leur ressenti ou encore des signes physiques qui ont suscité, pour ma part, des réflexions, des questionnements voire des remises en question.

2.4. MINIMISATION DES BIAIS

Étant basée sur l'analyse des divergences de point de vue entre sages-femmes et patientes, il ne me semblait pas pertinent de réaliser une étude de dossiers pour les patientes concernées ; les points d'analyse n'avaient pas été transcrits dans les dossiers de ces dernières au moment de leur prise en charge.

Ayant assisté et vécu ces situations, l'interprétation semblait être un biais majeur de cette étude. Aussi, pour le minimiser, j'ai tenté d'être le plus précis possible dans mes descriptions afin d'avoir l'angle le plus impartial possible dans l'analyse des situations rencontrées.

2.5. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal était de démontrer la légitimité, que l'on a en tant que professionnel de santé, de chercher à convaincre une patiente d'une prise en charge qu'elle refuse.

L'objectif secondaire était de montrer que la standardisation du parcours de soin peut être un obstacle à l'individualisation de solution médicale.

2.6. HYPOTHÈSES

Les hypothèses émises (concernant les prises en charge par les sages-femmes) étaient les suivantes :

- H1 - Une prise en charge nécessite un versant médical.
- H2 - Une prise en charge nécessite un versant éthique.
- H3 - Une prise en charge nécessite un versant psychologique.
- H4 - Une prise en charge nécessite un versant sociologique.
- H5 - Une prise en charge nécessite un versant déontologique.
- H6 - Une prise en charge nécessite un versant législatif.

3. RÉSULTATS

3.1. JADE

Jade fut admise en maternité pour un déclenchement dans le cadre d'une macrosomie fœtale. Elle présentait une déficience intellectuelle et bénéficiait d'une curatelle¹. Ses trois premiers enfants étaient placés en familles d'accueil. Pour ce quatrième enfant, une ordonnance de placement du juge allait être délivrée, liée à un contexte de violences conjugales subies par Jade. Après concertation entre les cadres des services concernés, Jade fut hospitalisée en service de Grossesse à Haut Risque (GHR) afin qu'elle ne soit pas « *confrontée à l'effervescence des suites de couches et à la joie des couples accueillant leur enfant* ». Un accompagnement par une psychologue fut mis en place. Cette situation suscita des commentaires au sein de l'équipe soignante : « *certaines ne devraient plus avoir le droit de faire des enfants ; il faut qu'elle ait un implant (contraceptif) avant de quitter la maternité pour éviter qu'elle ne reproduise encore ce schéma* ». Lors des transmissions en fin de garde, l'équipe de soin transmet à l'équipe prenant la relève « *qu'il serait bien qu'elle se fasse poser un implant contraceptif avant sa sortie* ».

La sage-femme présente le jour de la sortie de Jade réalisa son examen clinique et, tout en traçant cet examen dans le dossier patient, sans regarder la patiente, dit à Jade : « *je vous laisse vous asseoir, je vais vous poser un patch de crème anesthésiante au niveau du bras. C'est pour l'implant qu'on vous posera avant votre sortie, si vous êtes d'accord.* (Puis en regardant Jade) *La sage-femme que vous avez vue hier vous en avait certainement déjà parlé* ». Ce à quoi Jade répondit « *d'accord* », les yeux dans le vide, tout en s'installant sur le lit. Pendant la pose du patch, Jade demanda si elle pouvait retourner voir sa fille (en service de néonatalogie), les larmes aux yeux.

Une heure plus tard, la sage-femme revint dans sa chambre avec le matériel nécessaire à la pose du Nexplanon. Après lui avoir montré comment s'installer pour faciliter la pose, elle inséra l'implant contraceptif au niveau du bras de Jade en lui demandant comment allait sa fille. Jade répondit : « *le médecin a dit qu'elle allait bien mais c'est bizarre de la voir en sachant qu'elle ne rentrera pas à la maison* ». Jade ne posa aucune question ni avant, ni pendant, ni après l'acte au sujet de l'implant contraceptif. À la suite de la pose, la sage-femme remit la carte du Nexplanon à Jade, en lui expliquant que « *sa durée de validité est de trois ans* », avant de l'avertir qu'elle devait lui « *remettre un courrier de sortie avant de pouvoir la laisser partir* ».

La situation de Jade soulevait plusieurs questionnements :

- Comment vérifier la bonne compréhension de la patiente qui donne son accord sachant qu'elle présente une déficience intellectuelle² ?
- Comment s'assurer que Jade a compris ce qu'était l'implant contraceptif et ce qu'il se jouait au moment de sa pose ? A-t-elle compris qu'il s'agissait d'un moyen de contraception ?

¹ La curatelle est une mesure judiciaire destinée à protéger un majeur qui, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile. La personne protégée reçoit elle-même l'information et consent seule aux actes médicaux. [16]

² L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) entend par déficiences intellectuelles, la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe (trouble de l'intelligence)[...]. Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social). [17]

- Sans vérification de sa compréhension, son accord est-il valable ? Sa réponse (« d'accord ») peut-elle être considérée comme un consentement libre et éclairé ? La recherche de l'accord de la patiente est-elle équivalente à un recueil de consentement ?
- La psychologue avait été consultée afin d'accompagner Jade. Ayant déjà échangé avec la patiente à plusieurs reprises, aurait-elle pu être contactée/concertée afin de pouvoir adapter le vocabulaire au niveau de compréhension de la patiente ?
- La sage-femme ayant réalisé la pose de l'implant partait du principe que les informations concernant ce contraceptif avaient été délivrées par une de ses collègues. Quelle est la responsabilité de chacun des acteurs du système de soin vis-à-vis de l'information au patient et de la recherche de son consentement ? Était-elle en mesure de consentir au vu des informations qui lui avaient (peut-être) été délivrées ?
- En supposant que Jade aurait pu donner son accord en amont, son consentement était-il valable au moment de la pose ? La patiente peut-elle consentir pour un acte futur ? Doit-on rechercher le consentement de la patiente à chaque étape de l'application d'un protocole ?
- Quelle est la différence entre prévenir la patiente et l'informer tout en cherchant à obtenir son avis sur ce qui lui est proposé ?
- Faudrait-il respecter un délai entre la délivrance de l'information et la recherche de consentement de la patiente ?
- La manière d'énoncer la prise en charge n'exerce-t-elle pas déjà une influence sur la décision finale de la patiente ? La tournure interro négative n'aiguille-t-elle pas la patiente vers un dénouement escompté ? De la même manière que ma façon d'amener ces questionnements.
- Sachant que Jade est déficiente mentale et qu'elle subit ou a subi des violences conjugales, doit-on adapter notre discours et notre posture ? Le fait de rechercher son accord au moment d'un contact physique (pose du patch) est-il une forme de pression ? de prise d'ascendant sur elle ? Volontaire ? Involontaire ? Consciente ? Inconsciente ?
- Pourrait-on parler d'abus de faiblesse ?
- Laisse-t-on la place à un potentiel refus de la part des patientes ? Jade était-elle consciente de pouvoir refuser la prise en charge qui lui était proposée ?
- L'implant contraceptif semble être le seul moyen de contraception proposé à la patiente. S'il semblait être le plus adapté à la situation de Jade du point de vue de l'équipe soignante, l'était-il pour Jade ? Sans même chercher à savoir si Jade souhaitait avoir une contraception, comment s'assurer que celle-ci lui soit adaptée ?
- L'équipe semble avoir porté un jugement vis-à-vis du droit de procréer de cette femme. En durcissant les traits de cette situation, on pourrait dire que ce mode de contraception lui a été imposé. Quelles sont les limites ? Pourrait-on parler d'eugénisme ? Eugénisme social ?
- A quel moment intervient l'intention personnelle ? A quel moment l'opinion personnelle et les projections des soignants peuvent-elles prendre le dessus sur nos connaissances ?

3.2. MILA

Mila était une jeune femme majeure, albanaise, rencontrée au sein d'un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) ; elle consultait pour une demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG)³. Mila était accompagnée d'une amie, venue pour traduire les échanges entre l'équipe de soin et Mila, la barrière linguistique étant totale. La sage-femme lui demanda dans quel contexte la grossesse est survenue : « *est-ce lié à un oubli de pilule ? Un échec de contraception ? L'absence de contraception ?* » Elle l'informa sur la possibilité de réaliser un dépistage des infections sexuellement transmissibles. Après avoir visiblement traduit ces questions à Mila, l'amie nous dit que cette dernière « *a voulu être enceinte pour vérifier que son corps lui permettait toujours d'avoir une grossesse* ». La sage-femme a alors rétorqué que « *c'était n'importe quoi, que ce n'était pas un pari et que la vie d'un bébé était tout de même en jeu* ». L'échographie que Mila avait faite le jour même datait la grossesse à 7 SA et 6 jours⁴. La sage-femme me dit alors à voix basse que « *dans ce CPEF les personnes présentant une barrière linguistique totale sont systématiquement dirigées vers une IVG instrumentale* ». Ainsi, seule la méthode chirurgicale fut expliquée à l'amie de Mila qui se chargeait de la traduction du contenu de la consultation. La sage-femme remit ensuite à Mila une feuille à signer qui lui permettait de confirmer sa demande d'IVG et précisait la méthode choisie. A la fin de ce premier entretien, Mila reprit rendez-vous pour la 2^e consultation et fut adressée au secrétariat afin de programmer sa consultation d'anesthésie.

La situation de Mila soulevait plusieurs questionnements :

- Comment évaluer la délivrance de l'information ?
- Comment vérifier l'intégrité de l'information traduite par l'amie ?
- Qu'en est-il des outils à notre disposition ? L'appel à un interprète aurait-il pu être envisagé ?
- La signature de Mila permet-elle de considérer qu'elle consent à la prise en charge qui lui est proposée ? Quelle est la place du consentement éclairé dans la mesure où elle n'a reçu des informations partielles ?
- La sage-femme semble avoir porté un jugement vis-à-vis du souhait de Mila de vérifier sa possibilité d'accéder au statut maternel. L'entretien psychosocial ne lui ayant pas été proposé, comment assurer une prise en charge globale de cette patiente ?

³ La première consultation, inscrite dans un parcours d'IVG, comporte la remise du dossier guide IVG et la délivrance, par la sage-femme (d'après le décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination) ou le médecin, des informations sur les différentes méthodes d'interruption volontaire de grossesse (médicamenteuse et instrumentale), sur les lieux de réalisation des IVG, sur les risques et effets secondaires possibles. Au cours de cette consultation, un entretien psychosocial est proposé à la femme (facultatif pour les femmes majeures).

⁴ En France, les femmes peuvent bénéficier d'une IVG médicamenteuse jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée (SA), réalisée par une sage-femme ou un médecin. En établissement de santé (hôpital, clinique) ce mode d'IVG est possible jusqu'à 9 SA. Au delà de 7 SA, les démarches concernant la demande d'IVG sont nécessairement accompagnées par un médecin. L'IVG chirurgicale quant à elle, peut être réalisée jusqu'à 14 SA.

3.3. ZOÉ

Zoé était une femme prise en charge pour une suspicion d'abcès mammaire, une complication de l'allaitement maternel. Le dossier médical que Zoé remit à l'équipe lors de son admission nous informait de sa consommation régulière d'héroïne⁵. À son admission, l'équipe prévoyait de faire un bilan infectieux afin de confirmer l'hypothèse de l'abcès. Zoé avait fait suivre sa grossesse et accouché dans une autre maternité. Son dossier ne comportait pas les sérologies réalisées en début de grossesse. Alors que je préparais le matériel nécessaire au prélèvement sanguin, la sage-femme me demanda si je pouvais « *dire à la patiente qu'on prélevait aussi le VIH* » (Virus de l'Immunodéficience Humaine). Je fus invitée à ne pas prononcer le mot SIDA (Syndrome d'immunodéficience acquise) afin « *d'éviter un refus de la part de la patiente* ». La sage-femme vint avec moi dans la chambre de Zoé et dit à la patiente que « *ce prélèvement sanguin est l'occasion de faire ce dépistage qui n'a pas été retrouvé dans son dossier et qu'il est important que l'équipe sache* » [connaisse son statut sérologique]. Zoé répondit : « *oui faites vite parce que j'aimerais aller prendre l'air pour fumer* ». Suite à quoi je réalisais le prélèvement sanguin.

La situation de Zoé soulevait plusieurs questionnements :

- Le dépistage du VIH est obligatoirement proposé en début de grossesse (d'après l'article L2122-1 du CSP) ; on ne sait donc pas si cette sérologie lui avait été proposée et refusée ou si elle n'avait pas été informée de la possibilité de ce dépistage en début de grossesse. Zoé est en période de post partum, quelle est l'indication de ce dépistage dans son cas ?
- En choisissant les termes utilisés et les informations que l'on délivre, peut-on prétendre rechercher le consentement libre et éclairé de la patiente ?
- Comment évaluer le niveau de compréhension de la situation par Zoé ?
- L'absence d'un refus peut-il être considéré comme un accord tacite ?
- Quelle légitimité a-t-on en tant que soignant à orienter les patients dans le sens de la prise en charge que l'on pressent ?
- La prise en charge de Zoé ne dépendant pas de son statut sérologique, dans quelle mesure peut-on parler de mensonge médical quant aux explications qui lui sont données ?
- En tant qu'étudiants sages-femmes, comment sommes-nous sensibilisés au devoir d'information des patients et au recueil de leur consentement ?

⁵ Les propriétés pharmacologiques de l'héroïne, substance sédatrice, sont comparables à celles de la morphine mais elle agit plus vite, plus intensément et plus brièvement. L'héroïne provoque l'apaisement, l'euphorie et une sensation d'extase. Cet effet de plaisir intense est suivi d'une sensation de somnolence accompagnée parfois de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque. [18]

3.4. LUCIE

Lucie était enceinte de 28 SA. Elle avait fait un déni partiel de grossesse. Lorsqu'elle apprit qu'elle était enceinte, « *le délai légal français d'IVG est dépassé et elle n'a pas les moyens de se rendre à l'étranger* ». Elle considérait cette grossesse comme « *une tumeur qu'il faut retirer au plus vite* » et affirmait « *ne pas en vouloir* ».

Elle fut admise en service de GHR dans un contexte de pré-éclampsie précoce sévère. Elle semblait être dans l'opposition, bras croisés la plupart du temps, parlait peu, questionnait l'équipe de soin sur la nécessité des traitements donnés pour une grossesse qu'elle ne désirait pas. Elle accepta de prendre le traitement antihypertenseur qui lui était prescrit, seulement « *pour qu'on la laisse tranquille* ». La sage-femme expliqua à Lucie qu'« *une injection est prévue ; elle se fait en intramusculaire dans la fesse, et permet d'assurer, entre autre, la maturation pulmonaire du fœtus. S'il venait à naître prématurément, cela lui permettrait de réduire le risque de détresse respiratoire* »⁶. Lucie dit ne pas comprendre « *pourquoi un corps étranger doit lui être administré alors que ce n'est pas pour son bien être à elle* » et refuse l'injection de corticoïdes. La sage-femme lui dit qu'elle la « *laisse réfléchir un peu* » et qu'elle reviendrait la voir dans un quart d'heure. Elle en informa l'interne de gynécologie-obstétrique.

Après avoir bénéficié d'un entretien avec une assistante sociale puis une psychologue, l'interne et la sage-femme retournèrent voir Lucie ; elle était prostrée dans son lit. Lucie leur dit alors « *envisager l'accouchement au secret si personne ne peut retirer ça de son corps* » (en désignant des yeux son ventre). C'est l'interne qui lui expliqua cette fois « *la nécessité de réaliser les injections de corticoïdes, aux nombreux bénéfices pour l'enfant à naître, comme une diminution de la mortalité néonatale ou encore une diminution du risque de pathologies digestives* ». Après avoir réitéré son refus, Lucie prévint finalement l'équipe de soin prenant la relève qu'elle « *accepte le protocole* ». Par la suite, Lucie put bénéficier d'une césarienne à 30 SA pour pré-éclampsie sévère et contexte psychologique maternel difficile.

La situation de Lucie soulevait plusieurs questionnements :

- Du point de vue de l'équipe soignante, le protocole de corticothérapie obstétricale visait un bien pour l'enfant à naître mais était-ce un bien pour Lucie ?
- Pour Lucie, le bien visé semblait être l'accouchement prématuré ; du point de vue de l'équipe soignante, le bien visé était d'une part de juguler la pré-éclampsie maternelle, d'autre part de limiter les conséquences fœtales en cas d'accouchement prématuré. Quelle place accorde-t-on, en tant que soignant, à la balance bénéfices-risques de la patiente ?
- Doit-on tenir compte du vécu de la patiente pour adapter notre prise en charge ?
- Dans quelles conditions a-t-elle changé d'avis ? S'est-elle sentie influencée ? Dans le discours des soignants a-t-elle entendu des éléments qui ont fait sens chez elle ou s'est-elle sentie contrainte de se rallier à leur décision ?
- Le refus de la part d'une patiente est-il un motif d'explications plus complètes ?
- Quelle légitimité a-t-on en tant que soignant à essayer de la faire changer d'avis ?

⁶ Ce protocole de corticothérapie obstétricale est en effet indiqué entre 24 et 34 SA. Il est proposé ici dans un contexte de préparation fœtale à une prématurité induite.

3.5. ADÈLE

Adèle fut admise en salle de naissances pour son troisième accouchement. Pour ces deux premiers enfants elle avait choisi d'accoucher sans péridurale et souhaitait « *renouveler cette expérience* ».

A la lecture du dossier médical d'Adèle, la sage-femme apprit qu'elle avait fait une hémorragie du post partum immédiat lors de son deuxième accouchement. Anxieuse quant à l'éventualité que cela se reproduise, la sage-femme « *aimerait que la patiente ait recours à une [analgésie] péridurale* ». La sage-femme rejoignit Adèle dans la salle de naissance et lui dit : « *étant donné que vous avez fait une hémorragie lors du dernier accouchement et qu'il s'agit de votre troisième accouchement, il serait bien que vous ayez une péridurale cette fois, comme ça, si vous refaites une hémorragie, on pourra intervenir rapidement sans avoir besoin de vous endormir complètement* ». Adèle répondit, en croisant les bras, qu'elle avait « *aimé vivre pleinement ses accouchements et qu'elle veut la même chose pour cette naissance* ». Elle dit « *préférer prendre le risque d'une anesthésie générale dans le cas où cela serait nécessaire plutôt que d'avoir une péridurale* ». La sage-femme répondit « *d'accord* » sur un ton agacé et sortit de la salle. Adèle demanda l'avis de son conjoint qui lui répondit que c'était à elle que revenait cette décision. Ce à quoi la patiente acquiesça avant de me dire : « *j'accoucherai sans péridurale* ».

Une heure après, à la suite du toucher vaginal réalisé toutes les heures pour le suivi du travail, la sage-femme aborda à nouveau l'éventualité de poser une péridurale. Elle précisa alors à Adèle qu'elle venait « *de croiser l'anesthésiste et que c'est le moment où jamais, parce qu'après il sera peut-être trop occupé au moment où elle changera d'avis* ». Adèle regarda son mari, soupira et lui demanda à nouveau son avis. La sage-femme lui dit alors que c'était à elle de décider et non à son mari. Adèle dit alors : « *si j'ai pas vraiment le choix, alors d'accord* ». La sage-femme acquiesça d'un signe de tête et sortit de la salle pour prévenir l'anesthésiste. L'anesthésiste, qui avait reçu Adèle en consultation quelques semaines auparavant, l'interrogea sur le motif de son changement d'avis : « *je ne comprends pas, vous m'aviez l'air pourtant décidée lorsque l'on s'est rencontré* ». Adèle lui répondit que « *la sage-femme l'a prévenue des risques de refaire une hémorragie et que, pour ne pas prendre de risque ni pour son bébé ni pour elle, qu'elle accepte la péridurale* ».

Deux poses ont été nécessaires à l'installation et la diffusion correcte de l'analgésie. Après s'être réinstallée en position semi-allongée, Adèle se mit à pleurer. Je lui demandai pourquoi elle pleurait, ce à quoi elle me répondit se sentir « *triste et frustrée de ne pas avoir pu aller au bout de son projet* ». Elle accoucha finalement deux heures après la pose de la péridurale et ses suites de couches furent physiologiques.

La situation d'Adèle soulevait plusieurs questionnements :

- Le bien visé par l'équipe médicale est-il nécessairement le même que le bien visé par la patiente ? Le bien visé par les soignants prime-t-il sur celui visé par les patients ?
- Quelle légitimité a-t-on en tant que soignant à faire adhérer les patientes à une prise en charge que l'on juge préférable ? Préférable pour qui ? Pour quoi ?
- La sélection d'informations que l'on délivre constitue-t-elle une influence de la décision du patient ?
- L'effet de la blouse blanche exerce-t-il une pression consciente/inconsciente chez les patientes ?

4. DISCUSSION

4.1. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE

Pour que les questionnements soient pertinents et denses, le nombre de cas cliniques présentés a été limité à cinq. L'idée était de ne pas faire un catalogue de situations rencontrées afin que chacune ait une place particulière dans l'étude, avec ses propres spécificités et interrogations. Le faible nombre de cas cliniques retenus représente une limite dans cette étude. Les questionnements énoncés sont issus d'une seule personne puisqu'il s'agit d'une analyse personnelle des situations. Ceci peut également constituer une limite pour cette étude. Afin de limiter mon interprétation des situations et optimiser l'objectivité vis-à-vis de ces situations, j'ai lu les cinq cas cliniques à dix personnes de mon entourage afin de débattre avec elles et ainsi soulever le maximum de problématiques.

Les situations présentées sont comparables à d'autres et ceci est la force principale de l'étude. Les thématiques abordées semblent en effet transposables à d'autres rencontres entre sages-femmes et patientes. Cela permet de nous questionner de manière générale sur notre façon de communiquer avec les patientes, d'informer les femmes et de rechercher leur accord dans l'exercice de notre profession, de manière rétrospective mais également de manière à changer, peut-être, certains éléments de nos prises en charge à l'avenir.

4.2. LE VERSANT MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE SAGE-FEMME

Le soin prodigué se résume-t-il à traiter uniquement la pathologie ?

- Soigner c'est soulager la douleur et diminuer le malaise et l'inconfort. C'est atténuer la dépendance, l'assujettissement du patient à ce qui le mine. C'est l'aider à s'affranchir de la souffrance, en tout ou en partie.
- Traiter fait partie de la démarche de soin mais n'est pas synonyme de soigner. Cela consiste à effectuer un geste ou une action spécifique visant un symptôme ou une maladie particulier(e).
[...] Traiter n'apporte pas toujours un réconfort. [19]

L'article L.4151 du CSP définit la profession médicale de sage-femme, ses compétences et ses multiples missions qui la conduisent à prendre en charge la femme tout au long de sa vie (et son nouveau-né jusqu'à 28 jours), faisant d'elle un interlocuteur de choix pour les femmes. Le champ de ses compétences est celui de la physiologie ; elle est formée pour dépister la pathologie et gérer l'urgence en attendant le relai assuré par un médecin à qui elle fait appel. C'est un soignant pour lequel cinq prérequis semblent nécessaires voire indispensables : la disponibilité, la compétence, la bienveillance, le respect et l'autonomie.

4.2.1. La disponibilité

La disponibilité est plurielle :

- o Temporelle : nous pouvons distinguer différentes temporalités
 - *Chronos*, le temps physique ; mesuré chronologiquement, il est quantitatif et linéaire.
Ce temps est nécessaire afin d'écouter le récit de la patiente ; on parle d'éthique narrative, inspirée de la pensée de Paul Ricoeur. Lorsqu'une relation de confiance s'installe, la femme se donne à voir, livre ses secrets et fragilités. C'est un temps nécessaire pour l'informer, de manière claire, loyale et appropriée.

- *Kairos*, le temps métaphysique et immatériel. Il se ressent et est qualitatif : il crée de la profondeur dans l'instant. [20] Par ce temps, la sage-femme s'accomplit dans sa mission, et contribue à l'accomplissement de la patiente en tant que personne, avertie, impliquée et reconnue comme apte à prendre des décisions par elle-même et pour elle-même.
- o Intellectuelle : correspondant à la capacité de mobiliser ses connaissances et compétences afin de soigner. Ceci correspond à la notion de *cure*, un soin physique et technique.
- o Émotionnelle : cela évoque la capacité d'éprouver, de ressentir et fait appel à l'empathie. Au-delà des statuts de soignant et soigné, la relation qui s'établit entre la sage-femme et la patiente concerne avant tout deux individus ayant deux parcours, deux histoires, deux sensibilités différentes et liées par une commune humanité. Cette notion est celle du *Care*, du fait de prendre soin ; elle renvoie à une véritable présence. Dans son livre *Un monde vulnérable, pour une politique du Care*, Joan Tronto aborde les quatre phases du *care* : *le caring about* (être attentif aux autres et à leurs besoins), *le taking care* (monopoliser ses compétences pour répondre à ces besoins), *le care giving* (être pourvoyeur de soin) et enfin *le care receiving* (s'interroger afin de savoir si le soin apporté à répondu à la demande). [21]

4.2.2. La compétence

Le Code de Déontologie de la profession énonce que « *la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L.4153-1 et L.4153-2* ». La mise à jour des connaissances et des pratiques de la sage-femme permet d'apporter un regard objectif à la situation et de mobiliser les compétences et moyens nécessaires pour traiter, soigner. « *Science sans conscience n'est que ruine de l'âme* » disait Rablais ; aux savoirs (connaissances théoriques) et savoir-faire (techniques), s'ajoutent les savoir-être tels que la bienveillance, l'empathie ou encore l'adoption d'une attitude respectueuse.

4.2.3. La bienveillance

Elle correspond à une disposition d'esprit inclinant à la compréhension, à l'indulgence envers autrui. [3] Pour Martin Winckler « *pour soigner sans nuire, il est important avant tout d'avoir le souci de l'autre et de ce qu'il éprouve* ». [19]

Dans une chronique intitulée *Notre inépuisable besoin de bienveillance*, diffusée sur France Inter en novembre 2019, le psychiatre Christophe André dit de la bienveillance qu'« *elle est un besoin universel. [...] La bienveillance c'est essayer à chaque fois que possible d'adopter un regard, un discours, une manière d'être qui fasse du bien aux autres. [...] En recevoir de la part des soignants devient indispensable* ». [22] Face à l'augmentation des témoignages de femmes victimes de violences gynéco-obstétricales, le 21 septembre 2018, la première journée de la bienveillance obstétricale a été organisée par deux gynécologues-obstétriciennes, Magali Eykerman et Delphine Leroy, co-responsables de la salle d'accouchement du CHU Ambroise Paré à Mons. [23] Cette démarche montre la volonté de certains professionnels de santé de remettre cette valeur au cœur de nos pratiques.

4.2.4. Le respect

Ce mot vient du latin *respectus* qui signifie se retourner, regarder en arrière. Respecter l'autre signifie ainsi prêter attention à son vécu. Cette notion est déclinée en trois axes dans le Code de déontologie de la profession sage-femme :

- Le respect de la vie et de la personne humaine (article R.4127-302 du CSP)
- Le respect de la dignité des personnes (article R.4127-327 du CSP)
- Le respect absolu du secret professionnel (article R.4127-303 du CSP). [24]

Dans notre société persiste une certaine suprématie des professions médicales très hiérarchisées. Médecins, sages-femmes, dentistes et pharmaciens jouissent d'un certain prestige par le caractère médical de leur profession. En tant que professionnels de santé, nous avons des compétences et des connaissances sans pour autant parvenir à avoir la connaissance parfaite de l'autre.

Nos savoirs ne confèrent aucune supériorité face à l'autre. Les éléments cliniques, paracliniques et biologiques, les protocoles établis, les recommandations nationales ou internationales permettent d'éclairer la femme, de lui donner des clés pour comprendre, réfléchir, délibérer et décider par rapport à sa situation.

4.2.5. L'autonomie

Au même titre que la sage-femme est autonome dans son champ de compétence, toute personne peut être considérée comme potentiellement autonome dans le sens où elle possède le droit à l'autonomie. La personne met en œuvre concrètement ce droit à l'autonomie lorsqu'elle agit de manière volontaire et indépendante, sans contrainte extérieure et en fonction de projets qui lui sont propres. L'autonomie implique à la fois : la liberté (soit l'absence de contrainte) et la capacité de délibérer, de décider et d'agir pour soi. [25] Soigner ce n'est pas décider à la place du patient, mais l'accompagner et l'épauler dans ses décisions. [19] Respecter l'autonomie d'une patiente, c'est lui reconnaître des capacités à décider pour elle. Cette notion d'autonomie est reliée à celle de consentement, reconnu valable lorsque la personne est considérée comme apte à prendre une décision sensée la concernant.

Au-delà du fait que l'autonomie est reconnue comme un trait distinctif de la personne humaine et de sa dignité, comme fondement des droits de la personne humaine, il est important de distinguer :

- d'une part le droit à l'autonomie,
- d'autre part la capacité réelle de chacun à être autonome. Cette capacité à être autonome n'est pas une affaire de tout ou rien, puisqu'elle résulte pour chacun d'un développement personnel et est variable selon les moments de la vie. [25]

L'évaluation de l'autonomie de la personne peut passer par :

- La vérification de sa compréhension des informations,
- L'appréciation de la situation par la patiente que l'on peut tenter de lui faire expliciter,
- La capacité de raisonnement,
- La capacité d'expression et de maintien du choix. [26]

Il semble y avoir une confusion entre l'autonomie et l'indépendance.

L'indépendance se définit comme étant l'état de quelqu'un qui n'est tributaire de personne sur le plan matériel, moral, intellectuel et qui juge, décide, en toute impartialité, sans se laisser influencer par ses appartenances politiques, religieuses, par des pressions extérieures ou par ses intérêts propres.

L'indépendance c'est aussi le caractère de quelqu'un qui ne se sent pas lié ou qui ne veut pas être soumis aux autres, à la discipline morale ou encore aux habitudes sociales. [3] La patiente n'est pas indépendante car elle a besoin d'être informée et éclairée par le professionnel sur sa situation. Elle s'en remet à lui car il a des connaissances sur ce qu'elle vit, sans pour autant être omniscient.

Selon Paul Ricoeur « *parce que l'homme est par hypothèse autonome, il doit le devenir* ». [27] Étymologiquement, *auto* signifie soi-même et *nomos* correspond à la loi, la règle. Être autonome c'est se donner ses propres règles de conduite, en cohérence avec sa volonté propre et ses valeurs. La femme est autonome dans le sens où elle a le droit de décider pour elle-même. C'est un sujet à part entière qui ne doit jamais être considéré comme l'objet ou le support de techniques ou d'application de protocoles. Pour autant, cela ne remet pas en question la légitimité du soignant, ses rôles ou ses fonctions. Laisser le patient décider pour lui ne réduit pas le soignant à un rôle unique d'exécutant.

On peut parler d'interdépendance. L'un n'est pas sans l'autre ; il semble important de se souvenir que nous sommes des soignants parce qu'il y a des personnes à soigner.

4.2.6. Une obligation de moyens

La sage-femme a une responsabilité médicale, fondée sur le contrat de soin établi avec la patiente. Il en découle une responsabilité fondée sur l'obligation de moyens. L'article L.1110-1 du Code Civil affirme que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* ». La sage-femme mobilise ses connaissances, son sens clinique et sa technique en vue de bénéfices pour la patiente. Pour répondre à cette obligation de moyens, les prises en charge sont standardisées.

Dans la situation de Lucie, le protocole de prise en charge de la pré-éclampsie a tenté d'être appliqué comme pour toute patiente qui aurait présenté les mêmes signes cliniques et biologiques. Il repose sur la mise en place d'un traitement antihypertenseur, d'une surveillance tensionnelle pluriquotidienne, d'une surveillance de la fonction rénale, de la fonction hépatique, de l'hémostase, du bien-être fœtal ainsi qu'une prévention de la prématurité néonatale redoutée.

Ce protocole repose notamment sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé et sur celles du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. [28 ; 29] Les axes présentés dans celles-ci sont ciblés sur la prise en charge de la pathologie pré-éclamptique afin de limiter la morbi-mortalité materno-fœtale. Le CNGOF explique notamment que « *l'objectif principal périnatal est de prolonger la grossesse pour diminuer la morbidité néonatale liée à la prématurité, mais sans prendre de risque démesuré pour la mère. [...] L'objectif étant d'établir un climat de confiance avec la patiente, de préparer la naissance par une corticothérapie, de contrôler le bien-être fœtal et de traiter ou prévenir une éventuelle éclampsie. [...] Il n'en reste pas moins que le terme à la naissance reste le facteur pronostique composite le plus pertinent sous réserve de l'absence d'acidose in utero* ». [29]

Si l'on évoque les quatre axes du principisme de Tom L. Beauchamp et James F. Childress (autonomie, non malfeasance, bienfeasance et justice [30 ; 31]) nous pouvons nous interroger :

- o La difficulté pour la sage-femme est de convaincre la patiente du bien-fondé de ce qu'elle propose. Dans quelle mesure respecte-t-on l'autonomie de Lucie lorsque l'on cherche à obtenir son accord alors qu'elle a manifesté son refus à deux reprises ?

Pour prendre une décision de manière tout à fait autonome il faut que les états psychologique, mental et physique soient équilibrés. [26] Lucie traversait une période difficile suite à la découverte tardive d'une grossesse non désirée. Nous pouvons alors nous demander quels sont les critères permettant aux professionnels de santé de s'assurer qu'un refus d'un soin est motivé par des raisons valables et sensées. Dans quelle mesure les connaissances scientifiques de la sage-femme lui permettent d'évaluer la capacité de discernement de la patiente ? Qui sommes-nous en tant que soignant pour juger de la validité des arguments des patients, notamment lorsqu'ils sont opposés aux nôtres ?

- o Ne pas chercher à obtenir son adhésion au protocole établi serait-il opposé au principe de bienfaisance visé par l'équipe médicale ?
- o La notion de non-malfaisance peut être vue sous différents angles : du point de vue de Lucie, elle semblait s'illustrer par le fait de ne pas s'imposer un geste invasif pour un enfant qu'elle considérait comme une « *tumeur* » ; tandis que du point de vue de la sage-femme la non-malfaisance, dans cette situation, visait à prévenir les effets de la potentielle prématurité néonatale.
- o Si l'on aborde enfin la notion de justice, la standardisation des prises en charge semble incontournable ; le respect des protocoles établis est indispensable afin de n'oublier aucun élément nécessaire à l'établissement d'un diagnostic et d'un pronostic. La réponse que l'on souhaite apporter à une situation se doit d'être universalisable et donc accessible par tous. L'équipe de soin observe une certaine exigence de justice dans la manière de prodiguer les soins et les traitements afin de maximiser les chances de chaque patiente ; mais de quelles chances parle-t-on ? Le bien visé par l'équipe était le traitement, le maintien à l'équilibre de la pathologie identifiée et la limitation des effets/conséquences sur l'enfant à naître. Celui visé par Lucie semblait d'un autre ordre : elle souhaitait « *être libérée de ce poids* » en accouchant le plus tôt possible. En quoi le vécu de la patiente peut-il influencer les objectifs visés par la prise en charge strictement médicale ? Au delà de la standardisation, les différentes composantes de l'individu pourraient-elles avoir un rôle à jouer dans sa prise en charge ?

L'article L.1111-4 du CSP énonce que « *toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. [...] Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient* ». Lorsque les objectifs de la patiente et de l'équipe médicale diffèrent, dans quelle mesure doit-on rechercher l'adhésion de la patiente au schéma de soin qui lui est proposé ? Dans quelle mesure les objectifs de la prise en charge médicale prévalent sur les attentes et volontés de la patiente ?

Au cours de ma formation, j'ai entendu dire et ai répété aux femmes enceintes qu'elles pouvaient prendre du paracétamol en qualité d'antalgique. Quelques patientes ont refusé de prendre tout médicament pendant leur grossesse. Lorsque des patientes consultent aux urgences gynéco-obstétricales pour des douleurs abdomino-pelviennes par exemple et qu'elles disent n'avoir pris aucun antalgique, l'équipe soignante semble parfois excédée. Certaines femmes se disent *anti-médicament* et cette conviction est parfois mal perçue par l'équipe médicale.

Lorsque l'on consulte le site du Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT), on peut lire dans la partie « état des connaissances » :

- Les données publiées sont très nombreuses et rassurantes, quel que soit le terme de la grossesse.
- Les effets suivants ont été évoqués chez les enfants exposés in utero au paracétamol : cryptorchidies, asthme / wheezing, troubles neuro-développementaux A ce jour, les données cliniques disponibles et les biais méthodologiques des études publiées ne permettent pas de retenir un lien de causalité. [32]

Le 15 septembre 2019, une étude est parue dans la revue *Pediatric and Perinatal Epidemiology*. L'étude portait sur 14 000 enfants de 6 mois jusqu'à 11 ans (avec un suivi jusqu'à 17 ans dans le cas des études sur le QI et la mémoire) dont les mères ont été interrogées par questionnaire ; 43,9% des mères ont déclaré avoir pris du paracétamol pendant leur grossesse. D'après les résultats de cette étude, la prise de paracétamol entre 18 et 32 SA est associée à des troubles de l'attention et à une hyperactivité de l'enfant, essentiellement avant l'âge de 7 ans, avec une prédominance chez les garçons. [33 ; 34]

Peut-on désormais continuer à avoir le même discours quant à la prise de paracétamol pendant la grossesse ? Ces nouveaux éléments vont-ils conduire les professionnels de santé, prescripteurs et administrateurs, à modifier leurs explications ? Dans quelle mesure doit-on partager avec les patients les incertitudes scientifiques et médicales lorsque nous participons à leur prise en charge ?

Nous pouvons citer comme autre exemple l'usage du Cytotec® (misoprostol) : il a obtenu en France une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 1986, pour le traitement de l'ulcère gastrique ou duodéal évolutif, des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou à titre préventif des lésions gastriques et duodénales et des complications graves induites par les AINS. [35 ; 36]

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a pris connaissance d'un usage hors AMM de Cytotec en obstétrique pour déclencher l'accouchement à partir de 37SA. Elle a rédigé, le 25 février 2013, une mise en garde sur les risques potentiels liés à l'utilisation hors AMM du Cytotec dans le déclenchement de l'accouchement et toute autre utilisation gynécologique (ex : préparation cervicale en vue de la pose d'un dispositif contraceptif intra utérin). Elle précisait que des effets indésirables graves avaient été rapportés tels que des cas de ruptures utérines, d'hémorragies ou d'anomalies du rythme cardiaque fœtal. Le 1^{er} mars 2018, en raison de la persistance d'un usage majoritaire hors AMM en gynécologie-obstétrique, le laboratoire Pfizer a annoncé le retrait du marché français du CYTOTEC. Sur plusieurs sites de stage, j'ai pu assister à son utilisation pour le déclenchement d'accouchements en contexte de mort fœtale in utero ou dans des contextes d'IVG (après mars 2018). Je me suis alors interrogée sur l'information qui était ou aurait dû être apportée aux patientes concernées. Les femmes déclenchées à partir de 37 SA pour raisons médicales ou non, par Cytotec étaient-elles ou sont-elles averties qu'il s'agit d'un usage hors AMM ? L'équipe médicale leur fait-elle part des alternatives thérapeutiques à leur disposition (ex : système de diffusion vaginale de Dinoprostone, PROPESS 10mg) ? [37] Qu'en est-il des obligations légales quant à l'information de la patiente et au recueil de son consentement ?

4.3. VERSANT JURIDIQUE ET DÉONTOLOGIQUE DE LA PRISE EN CHARGE SAGE-FEMME

4.3.1. Législation

Le Conseil Constitutionnel a consacré, en 1994, le principe général de sauvegarde de la dignité humaine : ce principe est depuis doté d'une valeur constitutionnelle et il est placé au-dessus des autres principes de protection de la personne (inviolabilité, intégrité, non patrimonialité du corps humain). [38] Le socle juridique français repose sur ces notions accompagnées de la recherche du consentement de la personne concernée.

C'est le Talmud qui livre la première référence explicite sur le consentement (vers le VI^e siècle) : « *le médecin ne peut exécuter aucune opération sans le consentement du malade* ». Par la suite, de nombreux écrits ont précisé ce principe, notamment les écrits de John Gregory, médecin anglo-saxon au siècle des Lumières, qui ont amorcé les premiers pas en faveur de l'information des malades. [2]

Le Code de Nuremberg (1946-1947) a véritablement marqué le début de l'éthique médicale contemporaine vis-à-vis du crime contre l'Humanité qui a été commis lors de la seconde guerre mondiale.

Il fut suivi par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen (1948), qui a été le premier manifeste d'ordre éthique de l'Humanité (on y retrouve l'inscription des notions de dignité et de responsabilité).

Dans une communication à l'Académie des sciences morales et politiques du 30 janvier 1950, le Président de l'Ordre des Médecins, Louis Portes, témoignait pourtant de la persistance d'une vision paternaliste de la relation de soin : « *L'acte médical normal n'étant essentiellement qu'une confiance [celle du patient] qui rejoint librement une conscience [celle du médecin], le consentement "éclairé" du malade [...] n'est en fait qu'une notion mythique. Le patient, à aucun moment, ne "connaissant" au sens strict du terme, vraiment sa misère, ne peut vraiment "consentir" à ce qui lui est affirmé, ni à ce qui lui est proposé* ». [39]

La Déclaration d'Helsinki, en 1964, par l'Association Médicale Mondiale a affirmé la « *primauté de la personne et le respect de celle-ci* ». La Convention d'Oviedo, en Espagne, en 1997, ratifiée par la France en 2011 abordait quant à elle la notion de protection de l'homme dans son entièreté et son intégrité ainsi que l'importance de son consentement libre et éclairé.

La Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a consacré le principe de consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés et son corollaire, le droit du patient d'être informé sur son état de santé. Lors des débats parlementaires qui ont précédé la publication de cette loi, Bernard Kouchner déclarait que « *le consentement ne doit plus être l'acceptation passive d'une décision prise par un autre, il doit devenir l'expression d'une participation active du malade aux décisions qui le concernent* ». [40]

Cette même loi énonce également que toute personne a « *le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées* ».

L'article L. 1111-2 du CSP énonce que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur*

les conséquences prévisibles en cas de refus ». À l'alinéa 2 on peut lire que « *cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser* ». Cette information doit être « *délivrée au cours d'un entretien individuel* ».

4.3.2. Le devoir d'information

Mila, dont le parcours IVG s'est orienté vers une prise en charge chirurgicale, n'a pas reçu les informations concernant *les autres solutions possibles*. Nous pouvons nous questionner quant à la notion « *d'impossibilité d'informer* » (vis-à-vis de la barrière linguistique). La présence de l'amie de la patiente était un premier moyen de l'informer. Sans aucune garantie que l'intégrité de l'information ait été transmise, sans réelle preuve de la compréhension de la situation de la part de Mila, comment confirmer la volonté de cette patiente ? L'appel à un interprète aurait-il pu être envisagé ? Cet appel aurait-il permis d'optimiser la délivrance des informations ?

N'ayant pas été informée directement par la sage-femme de la possibilité d'avoir recours à la méthode médicamenteuse et ne s'étant pas vue remettre le dossier guide IVG (édité par le Gouvernement), Mila n'a sûrement pas eu connaissance de l'existence même du choix qui aurait pu/dû s'offrir à elle. Nous pouvons supposer qu'avec la barrière de la langue, les professionnels rencontrés lors de son parcours IVG étaient les seules sources potentielles d'informations concernant sa démarche.

Dans un article intitulé *Le consentement en droit médical*, Romain Porcher dit qu'« *aucune volonté digne de ce nom ne peut être identifiée si elle se manifeste alors que la personne se fait une idée fautive ou inexacte de son engagement* ». [4] Du fait du caractère partiel de la délivrance des informations, doit-on considérer que le consentement de Mila pour la méthode chirurgicale était caduc pour autant ?

Dans *Les Brutes en Blanc*, Martin Winckler raconte sa consultation en tant que médecin généraliste avec Mme A, venue pour lui faire part de symptômes de grossesse alors qu'elle vient de commencer la pilule contraceptive qu'il lui a prescrite. Il explique alors avoir pris conscience qu'il aurait pu/dû donner l'explication du principe même de la pilule à cette patiente car cela faisait non seulement partie du soin, mais du partage de savoir indispensable. [19]

Le défaut d'information est actuellement l'un des principaux vecteurs de mise en cause de la responsabilité des établissements et des professionnels de santé. Dans la base jurisprudentielle du site de l'Ordre des sages-femmes, nous retrouvons un cas de sanction de blâme pour une sage-femme (Mme C) vis-à-vis d'un défaut d'information et de consentement de sa patiente (Mme R). Lors de l'audience du 29 septembre 2017, Mme C a reconnu avoir pratiqué une épisiotomie sans en informer sa patiente. Or, eu égard au caractère invasif de ce geste, indépendamment même de l'appréciation de sa nécessité, la sage-femme en cause aurait dû informer Mme R en s'exprimant avec le tact et la mesure, le professionnalisme requis, en l'espèce en l'absence d'urgence absolue. [41] Malgré la nécessité reconnue de ce geste, l'absence d'information par la sage-femme a été considérée comme une faute déontologique. Ainsi, la nécessité d'un acte ne soustrait pas le professionnel à ses obligations d'information et de recherche du consentement. Le contexte (*l'urgence ou l'impossibilité d'informer*) est pris en compte mais ne se substitue pas aux engagements déontologiques.

4.3.3. Une dérogation à l'interdiction d'atteinte à l'intégrité corporelle

Dans un article intitulé *Le médecin, la brute et le truand*, Mr Py met en lumière le fait que « l'ensemble des lois qui organisent les professionnels de santé et les actes de soin dessine un cadre juridique au sein duquel un praticien est autorisé à pratiquer des gestes « agressifs », attentatoires à l'intégrité corporelle. C'est pourquoi il est nécessaire de regarder le permis de soigner, comme un permis de blesser, de brutaliser ». Le mécanisme juridique qui explique qu'un professionnel de santé n'est qu'exceptionnellement un délinquant est celui des faits justificatifs. Ce sont des circonstances objectives, indépendantes de la psychologie du délinquant, qui désarment la réaction sociale contre l'infraction pénale et qui imposent des dérogations spéciales à l'application des textes répressifs généraux. [10]

La première des conditions pour bénéficier du fait justificatif de permission de la loi est de respecter les conditions légales d'exercice de la médecine. [...] Il faut également être titulaire du « permis de soigner », pour pouvoir invoquer le bénéfice du système dérogatoire.

L'obtention de ce « permis de soigner » entraîne le droit de commettre des blessures pour soigner. Il s'agit alors tacitement d'un « permis de blesser ». Seuls les diplômés, inscrits au tableau de l'Ordre, peuvent juridiquement, exercer le droit de soigner. [...] Cumulée avec le diplôme du soignant et le consentement du soigné, la finalité thérapeutique est un fondement essentiel de l'impunité du praticien. Le permis de soigner ne justifie pas des soins non pas quelconques, mais de qualité. [10]

4.3.4. Le discernement

À l'alinéa 4 de l'article L. 1111-2 du CSP on retrouve : « Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article [...]. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle ».

Nous abordons ici la notion de discernement. Si l'on s'intéresse à Jade, placée sous curatelle, elle était la destinataire des informations qui concernait sa santé. Son tuteur légal n'a pas été informé, à juste titre, de sa contraception du post partum, dans la mesure où Jade était reconnue comme apte à décider pour sa santé. Comment évaluer sa capacité à discerner ? Ce verbe se définit comme étant la capacité à percevoir quelque chose, le savoir par l'esprit, la réflexion. [3] Quels sont les prérequis pour reconnaître la capacité d'une patiente à discerner ? Sur quels critères se baser ? Sachant que Jade présentait des déficiences intellectuelles, dans quelle mesure sa capacité de discernement était-elle conservée, intacte, intègre ?

4.3.5. Le consentement

Pourtant, bien que soucieuse du respect d'un patient davantage informé mais toujours aussi peu armé pour faire face, la pratique médicale peine à « consentir » au patient toute l'autonomie que la loi lui reconnaît. [4] Nous avons vu précédemment que la relation s'apparente à un partenariat, une alliance. Peut-on parler de contrat médical ? De contrat de soin ?

Dans *Le consentement en droit médical*, Romain Porcher s'intéresse à la notion de contrat qui est un mode de régulation des rapports entre hommes. [4] En droit des obligations, consentir au contrat signifie classiquement consentir aux effets de droit produits par le contrat.

Il n'y aura pour exemple pas de distinction entre consentir au contrat de vente et consentir à la vente, simplement parce que dans une logique consensualiste, la formation du contrat n'a lieu que par l'échange des consentements. Techniquement parlant, une personne consent d'abord à la « vente » et ensuite au contrat de vente ! Est-ce identique en droit médical, lorsqu'il s'agit de consentir ? De nombreuses activités et relations font intervenir un échange de consentements sans jamais ne faire naître un contrat [...]. Ainsi, une promesse entre amis constitue un exemple de relations « consenties » sans contrat [...]. L'accord donné à une relation sexuelle n'est pas non plus un contrat. Dans ces actes de la vie courante, le consentement est toujours une manifestation de volonté individuelle et n'est donc pas l'élément d'un contrat ; il peut faire naître un engagement unilatéral de volonté ou se couler plus largement dans le cadre de l'acte juridique unilatéral. Il est donc tout à fait possible pour une personne de consentir à l'érection presque tacite d'un contrat médical basé sur les honoraires dus en échange d'une consultation, mais qu'il lui est toujours loisible de ne pas consentir à tous les actes médicaux qui suivront. Le consentement au contrat n'est donc jamais le consentement aux soins, ce dernier étant sans commune mesure plus important. Aussi l'abandon du contrat ne remettrait pas en cause l'exigence fondamentale de l'accord de volonté du patient, liée à ses qualités de sujet de droit et de personne humaine et non à sa qualité de prétendu contractant. [4]

Ainsi, lorsqu'une patiente accepte d'entrer en relation avec une sage-femme, elle ne sait pas toujours à l'avance à quels soins elle s'expose ou devra consentir. Elle consent initialement à prêter attention à ce que la sage-femme lui propose et lui explique.

La rencontre des volontés initiales ne peut pas permettre de former un contrat valable dans la mesure où l'objet est encore indéterminé à ce stade. Il semble alors délicat de concilier le caractère contractuel avec cette réalité. P.Véron et F.Vialla énoncent cela de façon claire ; le « *consentement n'est en rien une condition de validité d'un acte juridique, le contrat médical, mais une condition de licéité d'un fait, l'acte médical* ». [4]

Le risque de refus est le corollaire de l'exigence légale de respect du consentement. Le consentement n'est pas un luxe mais une nécessité juridique absolue. Enfin, le consentement ne se présume pas. [10] En principe, le consentement est oral ; il n'existe pas de formalisme en matière de recueil du consentement. Un écrit signé attestant du consentement n'est nullement impératif, la preuve du consentement ou de son éventuel défaut pouvant être rapportée par tout moyen. [42] Le CSP précise cependant les situations pour lesquelles le recueil du consentement doit être fait par écrit. C'est notamment le cas du consentement au don d'organes (art R1231-3), de la recherche biomédicale (art L1122-1-1), des examens de caractéristiques génétiques (ex : dépistage d'une maladie héréditaire) (art R1131-4), du consentement du père, de la mère ou du tuteur légal vis-à-vis d'un mineur ou majeur protégé dans le cadre d'une intervention chirurgicale (art R1112-35). On voit alors que le consentement est un élément décisif dans le caractère permissif de la loi ; sans lui, aucune atteinte à l'intégrité de la personne ne serait tolérée.

Concernant la sphère de l'obstétrique, le consentement doit être recueilli par écrit en ce qui concerne les examens de biologie médicale ou d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse (art R2131-2). Aux articles L2141-2 et suivants du CSP nous pouvons lire que la confirmation de la demande de mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation est faite par écrit, tout comme sa révocation.

Les membres du couple peuvent consentir à la conservation d'embryons ou à la fin de celle-ci (par écrit également). Le consentement du couple doit également être tracé à l'écrit si les embryons surnuméraires font l'objet d'une recherche.

Enfin, concernant l'IVG, l'article R2212-12 précise qu'*avant de recueillir le consentement écrit de la femme [...], le médecin ou la sage-femme l'informe sur les différentes méthodes d'interruption volontaire de grossesse et sur leurs éventuelles complications.*

Obnubilés par la responsabilité, les praticiens semblent parfois se contenter du minimum en matière d'information se croyant « couverts » par le document générique qu'ils font signer au patient. Il convient de rappeler ce que vise le texte. Il ne s'agit pas un document paraphé mais la preuve de l'existence d'une information, qui est due dans le cadre d'un entretien individuel. Il appartient alors au praticien de prouver l'existence du contenu et du contenant.

Prouver le caractère loyal, clair et approprié de l'information dispensée n'est assurément pas aisé. D'autant plus que l'on peut considérer que le praticien doit aussi prouver qu'il ne s'est pas contenté d'informer mais qu'il a aussi préconisé. [43]

Prenons l'exemple du dépistage de la trisomie 21. En décembre 2018, la HAS a édité un document à destination des femmes enceintes sur lequel nous pouvons (re)lire : « *La loi prévoit que toutes les femmes soient informées de la possibilité de réaliser un dépistage de la trisomie 21 au cours de leur grossesse. Ce dépistage, pris en charge par l'assurance maladie, n'est pas obligatoire. Vous êtes libre de choisir si vous souhaitez ou non le réaliser. Votre consentement écrit sera demandé à chaque étape du dépistage* ». [44]

Il s'agit d'un test de dépistage et non de diagnostic, reposant sur la réalisation d'une échographie de dépistage (mesure de la clarté nucale, recherche de signes d'appel) associée au dosage de marqueurs sériques, avec la prise en compte de certains critères maternels (ex : âge maternel, âge gestationnel, tabagisme). L'arrêté du 23 juin 2009 (modifié en décembre 2018) impose le recueil du consentement de la femme enceinte pour ce dépistage. Cet arrêté précise les informations devant être délivrées par le prescripteur [*médecin ou sage-femme*] à la femme enceinte et précise qu'un *document résumant les informations lui est proposé. Une attestation d'information est établie et cosignée par la femme enceinte, certifiant que les informations lui ont été fournies ou que celle-ci n'a pas souhaité recevoir de telles informations. Préalablement à tout prélèvement en vue de la réalisation du dépistage ou à l'examen échographique, le consentement de la femme enceinte est recueilli par écrit selon le formulaire type prévu par arrêté du ministre chargé de la santé. Le consentement des femmes mineures ou majeures sous tutelle doit être systématiquement recherché.*

En 2012, lors d'une conférence au forum européen de bioéthique (après avoir réalisé un sondage auprès de 450 patientes) le Dr Favre déclarait : « *aujourd'hui plus de 80% des femmes enceintes font le dépistage de la trisomie 21, mais les trois quarts d'entre elles ne savent pas à quoi il correspond* ».

[45] Il a également mené une étude prospective, par questionnaires auprès de 305 patientes, au sujet du dépistage de la trisomie 21. Ce travail évalue le niveau de consentement éclairé dans le dépistage de la trisomie 21, par la pratique de l'échographie du premier trimestre associée au dosage des marqueurs sériques. Dans ses conclusions, nous pouvons lire que « *le niveau de l'information médicale délivrée au sujet des conséquences du dépistage n'est pas pertinent* ».

Il conclut à *un faible niveau de connaissances* au sujet de l'échographie précoce et du dosage des marqueurs sériques. La population médicale étudiée, responsable de transmettre les informations au sujet du dépistage, était composée par 296 médecins et 9 sages-femmes. L'analyse des questionnaires remplis après une consultation médicale montre que 82% des femmes considèrent l'échographie de dépistage comme un test obligatoire. [46] Il a également montré que *les médecins favorables à ce test [de dépistage] induisent plus de patientes favorables à l'échographie.* [47]

Dans le cadre de son mémoire de sage-femme, Florie Bonneau avait pour objectif d'évaluer le niveau de connaissance des femmes au sujet du test de dépistage de la trisomie 21 et leur compréhension de ces informations ; 73 femmes ont été interrogées par questionnaire. Dans cette enquête, la plupart des patientes déclarent avoir eu des informations claires concernant ce dépistage de la trisomie 21. Il apparaît pourtant qu'un certain nombre d'entre elles, encore trop élevé, n'a pas assimilé les différents points majeurs qu'implique un tel dépistage. L'auteur conclut à « *la persistance de lacunes dans l'information transmise aux patientes par les médecins et sages-femmes, en particulier sur les notions de faux-positifs et faux-négatifs, sur les conséquences de la démarche diagnostique (en particulier concernant l'amniocentèse et ses risques) et les différentes issues de grossesse possibles en cas de diagnostic de trisomie 21* ». [48]

Ces études et enquête nous amènent à nous questionner sur la différence qu'il peut y avoir entre l'information qui est jugée délivrée par le professionnel de santé et l'information qui est réellement entendue, intégrée et comprise par la femme/patiente. En tant que sage-femme, quels sont nos modes de communication avec les patientes ?

4.4. LE VERSANT PSYCHOLOGIQUE ET SOCIOLOGIQUE DE LA PRISE EN CHARGE SAGE-FEMME

4.4.1. Les personnes impliquées dans l'échange

Toute consultation est une véritable rencontre qui aboutit à (ré)affirmer l'identité des deux individus concernés. C'est un moment d'interaction et d'échange entre deux personnes, pouvant se présenter sous plusieurs identités.

On peut regarder la patiente en se référant à trois logiques sociologiques :

- La catégorisation,
- L'universalisation ou la logique d'humanisation,
- La personnalisation.

La catégorisation nous permet de nous identifier. Elle structure notre environnement, nous permet d'identifier les alentours et d'y donner du sens. C'est un besoin. Au cœur de la relation soignant – soigné, la catégorie des malades s'invite toujours. Quand une personne arrive, la considérer comme un malade au même titre que les autres, permet d'assurer l'égalité d'accès aux soins (principe de justice de Beauchamp et Childress précédemment énoncé [30]). Il semble cependant difficile d'oublier les versants identitaires de l'individu, de la personne, lors de sa prise en charge globale.

En tant que sage-femme, la tendance serait également de s'auto-catégoriser, de se réduire à son identité professionnelle, se replier sur son statut, ses compétences et son savoir afin de prendre de la distance et ne pas trop s'impliquer. Oublier sa sensibilité, mettre de côté ses affectes, valeurs, opinions, sentiments pour se protéger et se constituer une sphère de réserve.

La catégorisation a cependant des limites : que la femme soit un « bon malade », qu'elle se conforme à nos attentes et adhère au schéma de soin qui lui est proposé est sans doute ce que nous, sages-femmes, aimerions. Nous souhaiterions aussi qu'elle soit autre chose qu'un malade afin de puiser, dans ses autres identités, des ressources nécessaires pour garder le moral, aller de l'avant, relativiser. La catégorisation peut ainsi être vectrice de déshumanisation et il ne faut jamais oublier que l'autre n'est jamais que ce que l'on projette sur lui.

La logique de l'universalisation ou de l'humanisation est perçue au cœur de la relation soignant-soigné quand l'autre est considéré comme un être humain avec les mêmes qualités anthropologiques, confrontées aux mêmes questions de sens que nous. Se reconnaître comme semblables est le préalable d'une rencontre. [49] Au cœur de cette relation se manifeste l'humanité de l'autre.

Cette *commune humanité* (dont parlait Paul Ricoeur [27]) vient freiner notre tendance à la catégorisation afin de ne pas oublier que cet autre pourrait être nous. Si c'est un même être humain et que j'ai déjà connu une souffrance, je peux projeter sur lui ma propre idée de la douleur, sans oublier la subjectivité de ces perceptions : nous sommes libres de réagir différemment face à une même situation. Dans une situation qui nous est familière, présumer des réactions de la patiente n'est donc pas possible. Chacun a une singularité profonde qu'il faut respecter et avec laquelle il faut composer. C'est ce à quoi fait référence la logique de personnalisation. Lorsque nous rencontrons une personne, et que celle-ci devient un patient le temps d'une consultation ou d'un séjour, elle donne à voir son espace personnel, nous conduisant à adapter nos prises en charge.

4.4.2. La communication

La communication est la mise en rapport avec autrui, en général par le langage ; c'est un échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse. [2]

Comment cet échange s'établit-il ? Quels sont ses prérequis ? Interagir autrement que par la communication verbale semble possible, par les signes et les gestes par exemple. Réciproquement, la communication implique-t-elle nécessairement une interaction ?

Dans l'ouvrage *L'esprit, le soi, la société*, Mead propose une théorie sociale de la formation du soi. [50] Selon lui, l'interaction représente l'ingrédient de base du développement humain. Pour qu'un individu puisse s'intégrer en société, il est tributaire du langage de la communauté visée qu'il doit imiter ; c'est le concept de socialisation. C'est par l'échange verbal, reproduit puis approprié, que l'interaction s'établit et permet à l'individu de s'intégrer au groupe. L'individu est pensé comme étant inséré dans un réseau d'échanges. Pour lui, le processus social va se dérouler dans le temps, c'est quelque chose de dynamique, qui change au fur et à mesure de son déroulement. Au-delà du processus de socialisation, par les interactions, l'individu s'affirme et s'individualise. [51]

En sciences humaines et sociales, les interactions entre deux entités sociales sont des actions réciproques modifiant le comportement ou la nature des éléments, corps, objets, phénomènes en présence ou en influence. Ainsi, l'interaction implique des échanges de la sage-femme vers la patiente et de la femme vers le professionnel de santé.

4.4.3. Être en phase

Pour que cette personnalisation puisse exister, il semble nécessaire que les deux personnes, émetteur et récepteur soient en phase :

- D'une part pour que la femme puisse se raconter et être entendue
- D'autre part pour que la transmission des informations, par la sage-femme, soit la plus complète et intègre possible.

Dans le cas de Lucie, il semble que l'équipe médicale n'ait pas été tout à fait en phase avec elle, avec son histoire, son vécu. Dans un contexte de déni de grossesse, elle n'était peut-être pas disponible psychologiquement pour recueillir les informations que l'équipe soignante souhaitait lui transmettre. L'intervention d'un psychologue aurait-elle pu être envisagée et proposée à la patiente ?

Nous avons tendance à voir la sage-femme comme le seul émetteur dans l'échange avec la patiente, vue comme le récepteur, invité à acquiescer à ce que le monde médical lui propose. N'est-elle pas, elle aussi, un émetteur ? Quelle place leur est réellement accordée dans la discussion et la prise de décision ? Quel crédit accordons-nous à leurs souhaits ?

Nous pouvons également citer la situation d'Adèle ; la sage-femme qui l'a accompagnée appréhendait l'éventualité d'une récurrence d'une hémorragie du post partum. Le discours tenu à la patiente était donc orienté dans ce sens. Lorsqu'elle a présenté à la patiente la notion de risque majoré d'HPP dans sa situation, elle a répondu à son devoir d'information. C'était un élément qui devait être pris en considération par la femme dans son évaluation de la situation et dans sa prise de décision. Après un premier délai de réflexion laissé à la patiente, à l'issue duquel Adèle a ré-exprimé sa volonté d'accoucher sans analgésie péridurale, la sage-femme est revenue à la charge sur ce même sujet. De son point de vue, convaincre Adèle était bénéfique et elle a semblé rester ancrée dans sa position professionnelle, avec, je suppose, une projection de ses propres craintes sur la patiente. Pour elle, Adèle ne comprenait pas ce qui se jouait, niant presque ses antécédents. Dans la mesure où la pose de la péridurale ne prévenait pas l'HPP mais aurait pu faciliter sa prise en charge, son insistance était-elle justifiée ?

Il me semble que la sage-femme a communiqué avec la patiente, du moins elle a communiqué à la patiente les éléments qui faisaient sens pour elle dans la prise de décision ; a-t-elle réellement pris le temps d'entrer en interaction avec Adèle pour autant ? Le ton agacé qu'elle a emprunté a-t-il constitué un frein à un potentiel consensus ? La manière avec laquelle nous nous adressons à la femme peut-elle influencer sa prise de décision ? Il me semble qu'une patiente, face à un professionnel agacé, est déjà influencée dans ses choix et peut se sentir contrainte d'aller dans un certain sens. Peut-on parler de choix libre et éclairé dans ce cas ?

Il est important de faire la distinction entre les notions d'influence et de manipulation. La différence réside dans les objectifs visés.

- Si je manipule quelqu'un, mon interlocuteur doit atteindre les objectifs que je me suis fixés.
- Si j'influence quelqu'un, l'objectif est de faire en sorte qu'il atteigne ses propres objectifs.

L'influence est donc nécessaire et incontournable.

Par la mobilisation de ses connaissances, savoirs, en faisant appel à son expérience, le professionnel analyse la situation clinique de la femme ; le temps qu'il lui dédie lui permet d'identifier, en partenariat avec la patiente, les objectifs visés afin de proposer une/des prise(s) en charge. Etre professionnel c'est prêter attention à l'autre pour essayer de comprendre ce qui fait sens chez lui.

4.4.4. L'écoute

La psychologie sociale du langage considère l'être humain comme vivant un état d'incomplétude profonde ; pour exister, il a toujours besoin de se mettre en relation ou en rapport avec autrui. Les interactions qu'il établit nous permettent de l'appréhender lui, indirectement. [52] La femme doit se sentir concernée et impliquée pour prendre part à la discussion. Cela peut passer par un regard, une position dans l'environnement (prendre le temps de s'asseoir à la hauteur de la femme, à côté d'elle plutôt que derrière un bureau par exemple), une façon de parler ou un ton employé.

Une écoute attentive semble également indispensable pour que la patiente se sente active, autonome, compétente et qu'elle se sente exister.

Les verbes « écouter » et « entendre » ne sont pas du même ordre. Si l'on ne fait qu'entendre les objectifs, requêtes, arguments ou plaintes de la patiente, on ne peut réellement les prendre en considération. Ecouter c'est d'abord se taire, laisser à l'autre un espace pour s'exprimer ; c'est lui accorder du crédit et le laisser prendre une part active dans l'échange. On peut parler d'éthique narrative ; l'autre se donne à voir par son discours ; la sage-femme n'est que dépositaire de cette histoire et, par sa formation, doit être capable de répondre au mieux à sa demande. Ecouter c'est accepter l'éventualité de se laisser convaincre par l'autre et ne pas chercher de contre argument à chaque élément avancé ; c'est pouvoir admettre qu'on ne détient pas LA vérité.

Pour que l'écoute soit la plus optimale possible, le locuteur doit être clair dans ce qu'il énonce. La psychologie traditionnelle dit que :

- Le locuteur (celui qui parle) est détenteur du sens de ses dires,
- L'auditeur (celui qui écoute), en premier lieu, va attribuer un sens au discours du locuteur ; il n'en est que l'interprète. La progression du discours va lui permettre de repérer la façon dont l'autre utilise le langage.

Dans les situations présentées, la sage-femme est le locuteur ; c'est elle qui détient le sens de son discours. C'est à elle que revient la responsabilité de délivrer les informations de manière « *claire et loyale* ». On peut s'interroger sur la force illocutoire liée à son statut. Nous pouvons imaginer qu'il est plus facile, pour le patient, d'être en accord avec le professionnel de santé qu'en opposition. Une opposition conduirait nécessairement à une confrontation de points de vue ; le patient est-il mis en position pour pouvoir se permettre cette confrontation ? Se sent-il légitime d'avoir un avis différent voire opposé au corps médical ?

4.4.5. La langue et le langage

Antoine Culioli, linguiste, énonce que « *le malentendu est un cas particulier de la compréhension* », présentant ainsi le malentendu comme le cas général (et la bonne compréhension comme étant de l'ordre de la rareté et de l'exception). Dans *Le malentendu dans tous ses états*, nous pouvons lire ceci : « *la compréhension est une transmission réussie du message. Incontestablement, un statut*

social et un niveau d'instruction partagés contribuent à réduire le risque d'un « loupé de communication ».

Malgré le fait que la langue soit intrinsèquement ambiguë et vague, nous pouvons constater que la quasi-totalité des « dégâts » qui pourraient en découler sont levés par le cotexte (l'ensemble du texte situé autour d'un mot) et le contexte (la situation d'énonciation concrète ». [53]

- o La langue

Il semble intuitif que lorsqu'une patiente ne parle pas (bien) français, la délivrance d'informations est plus complexe et le risque d'incompréhension ou de mauvaise compréhension plus grand. En 2020, quels sont les outils à notre portée pour transmettre un discours porteur de sens, limiter le risque de malentendu et s'assurer que le consentement que l'on cherche à obtenir est bien éclairé ? Comme citée précédemment, la situation de Mila aurait nécessité l'intervention d'un interprète. À minima, nous aurions pu essayer de traduire les éléments essentiels de nos explications par l'intermédiaire d'un site de traduction en ligne ; alors même que la patiente signait le formulaire de consentement écrit vis-à-vis du parcours IVG, nous n'avions aucune certitude quant à la précision des informations réellement transmises à Mila. La traçabilité écrite n'est ainsi pas toujours révélatrice de ce qui a été fait.

- o Le langage

Dans notre pratique, de nombreux acronymes sont utilisés et parfois banalisés : MAP (menace d'accouchement prématuré), RPM (rupture prématurée des membranes), RAPDE (rupture artificielle de la poche des eaux), GHR (grossesse à haut risque), RCIU (retard de croissance intra-utérin) ... À ceux-ci s'ajoutent des raccourcis que l'on fait dans notre discours : « on vous pose un monito », « on la pousse au synto », « je la perf' et j'appelle l'anesth » ... Autant d'expressions qui peuvent mettre à distance la patiente alors même qu'elle est le sujet visé et concerné par l'action. Dans la situation de Zoé, l'emploi du mot « VIH » a été volontairement choisi dans l'idée d'exploiter la confusion que cet acronyme peut susciter. Nous pouvons alors nous interroger sur la notion de clarté de l'information dans cette situation.

Parler le même langage semble primordial pour que l'échange soit équilibré. Il est de notre responsabilité de prendre le temps nécessaire pour vérifier que la femme comprend ce qu'il se joue, qu'elle a compris ce qu'on lui expliquait et, le cas échéant, lui accorder le temps nécessaire pour clarifier la situation et mettre en lumière ses propres objectifs.

De même, ce n'est pas parce que je suis fille de gynécologue, ou femme de médecin, ou moi-même professionnel de santé que je suis à même de comprendre tout ce qui se joue lorsque cela me concerne personnellement. Il me semble qu'il ne faut pas présumer de ce que les femmes savent ou ne savent pas déjà et s'assurer, chacun à notre niveau, que la compréhension est assurée. Cela peut passer par la reformulation des différents éléments et informations par la patiente ; elle s'approprie ainsi sa prise en charge et nous permet de réajuster notre discours. Pour savoir où se situe la femme dans son niveau de connaissances et d'informations, il faut lui consacrer du temps, lui prêter attention : s'investir dans cette relation. Alors que, dans certains services, le nombre de postes de sages-femmes est réduit, que la tâche administrative liée à l'obligation de traçabilité des actes médicaux s'intensifie, comment faire pour accorder du temps ?

Nous ne sommes pas des robots ; nous devons entretenir et faire valoir ce qui nous différencie d'eux, à savoir notre commune humanité et notre capacité à personnaliser notre approche.

Il est parfois nécessaire d'adapter son vocabulaire au niveau de compréhension du patient. L'adaptation de notre langage revient parfois à simplifier les explications. Comment veiller, par cette simplification du langage, à limiter la perte d'informations ? La contrainte de temps peut également être un motif de limitation de la délivrance d'informations. Comment s'assurer de la validité du consentement après la délivrance d'informations simplifiées ? Le consentement recueilli dans ces conditions peut-il réellement être qualifié d'*éclairé* ?

4.4.6. La communication non verbale

Plusieurs études telles que celle menée par Albert Mehrabian en 1967, ont montré que la communication non verbale prévaut sur la communication verbale. D'après Corraze, « *on applique le terme de communications non-verbales à des gestes, des postures, des orientations du corps, des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise* ». [54] Ces divers points peuvent être regroupés au sein de trois catégories :

- L'environnement au sein duquel a lieu la communication.
Il peut être considéré dans sa dimension physique et spatiale. L'environnement physique est constitué des aspects non-humains ayant une influence sur l'interaction. Il s'agit du cadre (architecture, décoration, fournitures), des conditions lumineuses, sonores, de température... [...] La proxémie ou proxémique est une science qui étudie l'utilisation et l'organisation signifiante de l'espace dans les relations entre les êtres animés. La dimension spatiale ou proxémique s'intéresse à l'utilisation des distances en tant que message. La distance interpersonnelle varie en fonction de la situation d'interaction (densité, espace restreint...) et des personnes impliquées (sexe, rôle, statut). La dimension spatiale permet de retranscrire au niveau des interactions humaines la notion de territoire bien connue chez les animaux. [54] Chaque individu a une perception personnalisée de l'espace en fonction de sa personnalité (extra ou intraverti), de son sexe, de son âge, de son statut social, de sa culture et de ses capacités. Généralement les mécanismes d'analyse des distances sont inconscients. La perception de chacune de ces distances se fait via les récepteurs sensoriels : vision, olfaction, audition, tact. L'intensité de la voix, la possibilité de contact entre certaines zones corporelles sont des marqueurs de la distance adoptée.
- La distance intime (inférieure à 45 cm) se traduit donc par des déformations visuelles, la possibilité de contact de certaines zones du corps (tête, bassin, cuisse), la possibilité de percevoir la chaleur de l'autre et son odeur. La distance intime (interaction amoureuse ou parent-enfant), est associée au chuchotement.
- La distance personnelle (entre 45 cm et 120 cm) implique une possibilité de se toucher les extrémités supérieures, il n'y a plus de déformation visuelle, la hauteur de la voix est modérée, la chaleur corporelle n'est pas perceptible. Elle correspond à la sphère protectrice imaginaire que chaque personne développe pour s'isoler des autres.

- La distance sociale (entre 1,2 m et 3,6 m) est atteinte lorsque les détails visuels intimes du visage ne sont plus perçus. La hauteur de la voix est normale. Il s'agit généralement d'une distance adoptée en situation de travail.
- La distance publique (supérieure à 3m60) implique une voix forte (jusqu'au cri) avec des transformations au niveau du langage (style, syntaxe, vocabulaire). Il s'agit de la distance associée aux comportements de fuite. Au niveau visuel la tête paraît plus petite et les détails tels que la couleur des yeux ne sont plus visibles. La vision périphérique peut englober les personnes présentes autour de l'interlocuteur. Un non-respect de l'espace nécessaire à un individu entraîne un stress pouvant déboucher sur des comportements ou des manifestations émotives propres à chacun comme l'irritabilité. [54]

Sachant que Jade était déficiente mentale et qu'elle était dans un contexte de violences conjugales, la distance physique (distance personnelle) adoptée par la sage-femme était-elle la plus appropriée lorsqu'elle lui a délivré les informations ? Ce positionnement a-t-il contribué à faire adhérer la patiente à la pose de l'implant ? Ces éléments ne semblent bien sûr n'avoir été ni réfléchis ni volontaires de la part de la sage-femme ; le fait de soulever ces questions peut nous permettre d'y songer lorsque des situations similaires se présenteront.

- Les caractéristiques physiques des interlocuteurs eux-mêmes.
Il s'agit des indices non verbaux qui n'évoluent pas au cours de l'interaction : les traits physiques d'une personne (silhouette, couleur de la peau, des cheveux...) mais aussi l'odeur qu'elle dégage et les artéfacts qu'elle porte. On y distingue les artéfacts corporels (tatouage, maquillage, coiffure...), les artéfacts supportés par le corps (vêtements, bijoux, accessoires), et les artéfacts par objets tenus (cane, sceptre, téléphone portable). Ces caractéristiques sont très sensibles à la culture des individus. [54] Le simple port d'une blouse blanche peut-il exercer ainsi une influence sur l'adhésion de la femme au discours qu'on lui tient ? Au même titre que les hypertensions artérielles provoquées au contact d'un professionnel de santé (communément appelé le syndrome de la blouse blanche), peut-on considérer que, par le simple fait d'incarner une profession médicale, on influence (déjà) la décision de la femme ?
- Les comportements manifestés par les interlocuteurs pris dans la communication.
Ils correspondent à la dynamique de la relation au sein de l'interaction. On y retrouve la posture, les mouvements du corps, les gestes, les actes de toucher, les expressions faciales, le regard et le paralangage. [54] Pour cela il doit être bienveillant à l'égard du sujet et utiliser pour cela une technique de communication efficace ; elle passe également par la posture physique de celui qui délivre l'information.

Les premières lettres du mot communiquer constituent le mot commun. Patient et soignant doivent contribuer pour que leur partenariat s'établisse. La sage-femme apporte et met à disposition de la femme ses connaissances théoriques, régulièrement mises à jour et celles liées à son expérience à la fois professionnelle et personnelle. Par sa posture bienveillante, elle analyse ce qui fait sens chez son interlocutrice, la guide pour identifier ses buts et lui fait part de la prise en charge qui lui paraît la plus adaptée.

4.5. LE VERSANT ÉTHIQUE DE LA PRISE EN CHARGE SAGE-FEMME

4.5.1. Définitions

L'éthique est une réflexion, une recherche sur les valeurs humaines : la vie, la mort, le respect de la personne, la liberté, la confidentialité... Plus que de permettre de discerner entre le bien et le mal, elle amène à choisir entre plusieurs formes de bien, voire le moindre mal. Elle repose sur la réflexion, les qualités humaines et l'ouverture. Elle fait aussi progresser l'universalité et la sollicitude envers tout autre que soi. Elle est le fruit d'une réflexion collective, d'échanges et de débats.

C'est une démarche active, qui peut et doit évoluer dans le temps. Enfin, elle est rarement directive, elle est suggestive et amène à formuler les questions de manière à permettre à chacun de trouver la réponse la mieux adaptée, dans une situation donnée, au respect et au bien-être de l'autre. [55]

Pour Claude Huriet « *La morale c'est la réponse avant la question ; l'éthique c'est un questionnement sans réponse* ». [56] L'éthique existe quand il faut agir ; elle consiste à nous interroger tout en sachant qu'il n'y a jamais de réponse unique à la problématique posée. S'inscrire dans une démarche éthique, c'est proposer des lectures différentes d'une situation singulière pour aboutir à un consensus qui donnera une orientation à notre action. C'est une sagesse ordonnée à l'esprit qui guide nos choix, nos décisions et nous permet de délibérer sur les buts, visées et perspectives de l'action.

La bioéthique est l'étude systématique de la conduite humaine dans le cadre des sciences de la vie et de la santé, examinée à la lumière des valeurs et des principes moraux. [55] Nous devons ce terme à Van Rensselaer Potter qui a publié *Bioethics : bridge to the future* en 1971. Elle correspond selon lui à une recherche pluridisciplinaire qui s'attache aux questions suscitées par les conflits de valeurs issus du développement technico-scientifique dans le domaine du vivant. À travers son ouvrage, il prône une approche globale de l'individu. [57]

4.5.2. La raison d'être de l'éthique

Il n'y a d'éthique que lorsqu'il y a une action concrète en jeu. C'est la raison d'être des comités d'éthique. La loi du 4 mars 2002 demande aux établissements de santé « *de mener en leur sein une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale* ». Cette injonction s'est traduite par la mise en place, dans ces établissements, de structures diversement nommées : « comité d'éthique », « commission d'éthique ». Leurs objectifs varient : réflexion empirique, étude de cas, lieu d'aide à la décision des professionnels de santé... [58]

Nous pouvons citer l'exemple des comités qui se réunissent pour délibérer sur une demande d'interruption médicale de grossesse (IMG). Dans son mémoire de sage-femme portant sur *le refus d'IMG*, Hélène Voillet précise que « *volontairement, les professionnels ont refusé d'établir une liste précise des malformations qui seraient du ressort de l'IMG ; [...] toutes les situations de diagnostic prénatal sévère sont différentes d'une grossesse à l'autre. Les accords pour une IMG sont toujours discutés au cas par cas avec une équipe pluridisciplinaire* ». [59]

Certains éléments d'un dossier peuvent être semblables à d'autres mais chaque situation et chaque demande d'IMG restent uniques et chaque couple reste singulier. Pour répondre à cette singularité, il paraît nécessaire de s'intéresser à l'individu dans sa globalité.

4.5.3. Approche holistique de la femme

Selon la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». [60] En grec, *holos* signifie *entier*. Au même titre que cette définition de l'OMS, l'approche de la personne se doit d'être globale. La femme (enceinte ou non) est plus qu'un corps à soigner ; c'est un sujet à part entière, avec ses émotions, son vécu, ses besoins, ses désirs, ses craintes, dans un contexte socio-économique et familial qui lui sont propres et qui doivent être appréhendés.

Interviewé dans le cadre d'un article sur les polyopathologies chez les personnes âgées, Julien Le Breton, chef de clinique associé en médecine générale à la Faculté de médecine de Créteil, avait dit : « *Les médecins priorisent souvent une maladie selon son retentissement et considèrent les autres comme des comorbidités. Il faut abandonner cette approche et en adopter une nouvelle, centrée sur le patient dans sa globalité [...]* ». Jean-Yves Le Reste directeur du département universitaire de médecine générale à la Faculté de médecine de Brest, complétait : « *cette notion est en partie intégrée par les généralistes mais bien moins par les spécialistes, encore trop ancrés sur leur cœur de métier. Il faut adopter une vision holistique, globale et transversale du patient, qui prend en compte ses attentes et sa psychologie. Les alternatives non médicamenteuses doivent être mieux intégrées* ». [61] Qu'en est-il de l'approche holistique par la sage-femme ?

4.5.4. La place privilégiée de la sage-femme

La sage-femme a la possibilité de suivre la femme tout au long de sa vie. C'est ce que prônent certains professionnels par la notion d'accompagnement global de la naissance (AGN). L'idée étant de limiter le nombre d'intervenants autour de la naissance, pour garantir au couple puis à la triade (parents - nouveau-né) une continuité dans l'accompagnement personnalisé. L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) l'a défini en 2002 : « *un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveillance et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant. L'accompagnement global permet une approche à la fois médicale, psychologique et humaine où cohérence et continuité s'allient avec le respect de la mère, du père et de l'enfant* ». [62]

Dans le cadre de l'AGN, l'accouchement peut avoir lieu dans une maison de naissance, sur un plateau technique (avec lequel la sage-femme est conventionnée) ou à domicile. Dans une étude menée en mars 2011 auprès de 49 couples, Charlène Touchard (sage-femme) conclut que plus de 85% des couples qui se sont tournés vers l'accompagnement global de la naissance recherchaient « *surtout une personne en qui elles auraient confiance* » et avec qui « *créer un lien, une intimité pour l'accouchement* ». Les femmes expriment le désir d'être libre de leurs choix (plus de 61%), surtout pour l'accouchement (« *je ne veux pas que l'on m'impose une péridurale, que l'on m'impose la position couchée* », « *j'ai été frustrée pour ma première grossesse car j'ai été complètement assistée, du coup j'ai mis du temps à être en confiance avec ma fille* »). Enfin, quelques-unes des patientes ont choisi l'AGN après une expérience passée décevante, elles parlent de frustration, de déception du système, d'un manque de communication, d'un milieu où elles ne se sentaient pas en sécurité malgré la médicalisation. Or un vécu positif de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche semble avoir une incidence sur les liens précoces d'attachement entre l'enfant et ses parents. [63]

Quelques années plus tard, la sage-femme Eva Vitrai a montré que les problématiques étaient toujours les mêmes. Dans son étude par questionnaires, réalisée entre juillet 2015 et juillet 2017, auprès de 107 femmes ayant accouché en plateau technique (et ayant bénéficié d'un AGN), elle a montré que les trois critères les plus recherchés sont « *un suivi réalisé par une même personne avant, pendant et après l'accouchement* », « *un accouchement physiologique avec le moins possible de médicalisation* » ainsi que « *le respect des choix, du projet de naissance* ». Elle a également recherché un lien entre la volonté d'un AGN et le vécu d'un précédent accouchement.

Parmi les 88% de patientes multipares, 34% ont répondu « *un manque d'accompagnement et d'information* » et 17% « *un non respect des souhaits du couple* ». [64] Comment améliorer le vécu des femmes dans leur parcours plus classique qui est celui en milieu hospitalier ? La qualité des transmissions entre les différentes équipes de soin pourrait-elle garantir une prise en charge holistique de la femme ? La formation continue des professionnels de santé doit-elle renforcer cet aspect ? Doit-on davantage former les étudiants sages-femmes à cette considération ?

Le modèle BERGER de l'OMS propose six étapes lors d'une consultation de contraception ; il s'agit d'un acronyme des mots suivants :

- BIENVENUE (temps d'accueil, avec présentation du soignant, rappel de la confidentialité, rôle, objectif et déroulement de la consultation)
- ENTRETIEN (recueil d'informations et expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et doutes suivis de l'élaboration d'un diagnostic éducatif partagé)
- RENSEIGNEMENTS (délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure en s'assurant de la bonne compréhension des informations (mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages-inconvénients, risques, coût))
- CHOIX (le professionnel souligne que la décision finale appartient à la femme en fonction de sa situation de famille, ses préférences (et celles de son partenaire), des bénéfices/risques des différentes méthodes, et de la possibilité pour elle de respecter la méthode en fonction de sa situation)
- EXPLICATIONS (discussion autour de la méthode choisie et de son emploi, démonstration, manipulation, réflexion sur les possibilités d'établir une prise de pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, sur les oublis, sur les situations qui nécessitent de revenir consulter. Au mieux, fournir un document écrit)
- RETOUR (Lors des consultations de suivi ; évaluer la méthode et son utilisation, qu'elle est adaptée à la personne et sa satisfaction. Discuter éventuellement un changement de méthode. Prendre en compte les modifications de situation personnelle, médicale, affective et sociale. À partir de 35-40 ans, réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation avec l'âge des risques cancéreux et cardio-vasculaire). [65]

Au même titre qu'une consultation de contraception, il me semble que toute consultation entre une sage-femme et une patiente devrait, idéalement, se dérouler ainsi. Tout ce qui est en amont du soin est de l'ordre de l'information, tandis que tout ce qui est en aval est de l'ordre de la justification. Lorsque l'information arrive après les actes, réclamée par la femme (qui peut être plongée dans l'incompréhension de son vécu), un fossé (peut) se créer entre la sage-femme et elle.

La justification est dès lors plus complexe, car tout doit être démontré et légitimé. Ce qui paraissait indispensable au moment de la prise en charge et qui aurait peut-être nécessité de maigres explications pour que la patiente se sente considérée et intégrée dans ce qui la concernait, peut alors s'avérer tout autre.

A son échelle de la prise en charge, quelque-soit son lieu de travail ou son mode d'exercice, la sage-femme a un rôle primordial à jouer : rendre la femme actrice de sa prise en charge.

Kant disait : « *les personnes doivent être traitées comme des fins en soi et non seulement comme des moyens* ». [66] En suivant cet impératif catégorique, la femme doit toujours être considérée comme un sujet à part entière et non comme un simple intermédiaire ou moyen d'obtenir un consentement pour la réalisation d'un geste technique ou d'un soin. Pour cela, il faut lui prêter une écoute attentive, recueillir ses souhaits et requêtes, l'informer de la manière la plus exhaustive possible afin qu'elle puisse personnaliser son accompagnement et son suivi autant que possible.

4.5.5. De la compassion au partenariat

Pour Agata Zielinski, la compassion est « *la capacité à être affecté par l'autre* », « *à se laisser bouleverser, modifier par autrui* ». Et, « *avant de savoir quoi répondre ou quoi faire, la compassion gagne à se laisser instruire par cette impuissance et la révolte qui peut l'accompagner. La passivité de la compassion consiste aussi en cela : se laisser instruire par ses affects* ». « *Autrui nous instruit [...]* C'est l'autre qui dira, qui guidera ma maladresse, ajustera mes compétences. [...] La compassion exclut – et doit exclure – l'identification. Elle consiste sans doute à s'approcher d'autrui et de sa souffrance, mais elle est aussi l'épreuve d'une distance, d'une séparation entre moi et l'autre ». [49]

Être soignant c'est donc aussi prendre conscience de sa passivité face à certaines choses, de son extériorité face à la situation rencontrée et vécue par l'autre. C'est, parfois, renoncer à intervenir pour respecter l'autre. C'est mettre en place une distance certaine pour ne pas décider à la place de l'autre et en même temps ne pas le mettre trop à distance pour établir du lien et l'impliquer ; c'est accepter de mettre en place et de reconnaître un véritable partenariat.

Dans *Soi-même comme un autre*, Paul Ricoeur dit de la souffrance qu'elle « *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* ». [67] Il met en lumière deux notions : celle de la sollicitude et celle de capacité.

4.5.6. La sollicitude

Le mot latin *sollicitudo* signifie souci, trouble moral, inquiétude. « *La sollicitude rétablit l'égalité là où elle n'est pas donnée* ». [67] Elle nous permet d'exprimer notre humanité et d'instaurer une réciprocité dans la relation avec l'autre. Selon Paul Ricoeur la sollicitude demande que la pluralité des personnes et leur altérité ne soient pas obliérées par l'idée englobante d'humanité, car c'est bien à cette personne qu'il s'agit de répondre, à sa souffrance singulière et non à l'humanité en général. [67 ; 68]

4.5.7. La capabilité

Pour mettre en acte cette sollicitude agissante, nous pouvons nous tourner vers Amartya Sen, prix Nobel d'économie en 1998, qui a développé le concept de capabilités avec comme objectif de se centrer sur la capacité d'action de chacun. Le terme capabilité va même plus loin que celui de capacité puisqu'il adjoint une dimension de potentialité et d'opportunité. [...] La question qui prime n'est plus celle de l'autonomie mais celle de la capacité qu'a la personne à l'utiliser. Dans cette vision des choses le soin correspond à une remobilisation des capabilités d'autrui. Il est une forme d'aide active et même proactive de lutte contre la vulnérabilité s'étant installée temporairement ou de façon définitive. [68]

Le regard éthique n'est ni moral, ni normatif ; il permet de réhabiliter l'autre dans toute son épaisseur en tant que personne, être humain, que l'on se doit de respecter dans sa globalité. La sage-femme est alors le soutien dont la femme a besoin pour retrouver et mobiliser sa capacité d'agir.

5. ÉTUDIANT SAGE-FEMME

5.1. LA FORMATION

Dès l'entrée en école de sages-femmes, le cursus des études connaît une alternance entre une formation théorique et des périodes de stage. Au niveau théorique, l'arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques précise à l'article 5, alinéa 1, que la formation a notamment pour objectifs : *« l'acquisition d'un socle de connaissances scientifiques indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme. Cette base scientifique englobe la biologie, certains aspects des sciences exactes, plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales, indispensables à l'appropriation progressive des compétences nécessaires à l'exercice des métiers médicaux »*. C'est sous l'intitulé « Sciences Humaines et Sociales » que nous retrouvons les notions de droit et de législation dispensées au cours de la formation. Rappelons que la PACES correspond à la première année du cursus en maïeutique, au cours de laquelle, dans le cadre de l'Unité d'Enseignement n°7, les notions d'information et de consentement du patient ont été abordées. Il m'a semblé que cette année était davantage une initiation qu'un réel apprentissage. Alors que la dynamique de l'année est d'intégrer un numérus clausus, le temps consacré à la compréhension et l'intégration de ces notions fut très bref pour ma part.

L'arrêté de juillet 2011 ne précise aucun nombre d'heures minimum à dispenser pour l'enseignement de ces deux notions. C'est donc à chaque université ou école de sages-femmes de décider du volume horaire qu'elle souhaite y allouer. Sans impératif commun, comment garantir une même sensibilisation de tous les étudiants sages-femmes du territoire national à ces notions ?

L'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme, précise que la formation théorique s'articule autour de trois axes. Le premier est notamment marqué par la capacité du futur professionnel de santé à *« prodiguer des conseils efficaces à la patiente et à sa famille concernant les soins, les aspects juridiques, ou l'éducation lors de situations périnatales spécifiques et/ou difficiles »* et à *« développer une réflexion éthique sur les pratiques de soin »*. Le deuxième axe regroupe les enseignements et dispositifs de formation concourant à l'acquisition de compétences en communication, en économie, en gestion et en management et forment les futurs professionnels notamment à *« promouvoir la collaboration interprofessionnelle et la coopération avec*

les autres acteurs de santé ». Le troisième axe regroupe enfin les enseignements relatifs au développement professionnel et aux activités qui peuvent y être associées notamment pour « *exercer son sens des responsabilités en vue de garantir la qualité des soins* » et « *développer une réflexion et un esprit critique par rapport aux pratiques professionnelles* ».

Il semble ainsi nécessaire d'aborder l'information du patient et le recueil de son consentement dès le début de la formation pour permettre aux étudiants d'intégrer progressivement ces notions et de développer leur esprit critique vis-à-vis des pratiques observées en stage. Ainsi, l'autre versant de la formation est celui de la pratique. La rencontre des patientes et l'approche pratique et concrète de la réalité de l'activité de soin est indispensable. [69] Comment les étudiants sages-femmes sont-ils préparés à cette rencontre ? Sont-ils suffisamment sensibilisés aux notions de consentement et d'information du patient ?

La contrainte temporelle est évidemment à prendre en considération dès lors que le premier semestre de la première année d'école est à partager entre la formation théorique et l'apprentissage pratique. Il paraît nécessaire de préparer les étudiants aux gestes techniques tels que le prélèvement de bilans sanguins, la pose de voies veineuses périphériques ou encore les injections intramusculaires pour que la première fois ne soit jamais sur les patientes. C'est en effet la dynamique depuis une dizaine d'années puisqu'en 2012, la Haute Autorité de Santé rédigeait un rapport de mission concernant sur les pratiques de simulation dans le domaine de la santé. La première des dix propositions était la suivante : la formation par les méthodes de simulation en santé doit être intégrée dans tous les programmes d'enseignement des professionnels de santé à toutes les étapes de leur cursus (initial et continu). Un objectif éthique devrait être prioritaire : « *jamais la première fois sur le patient* ». [70] Depuis l'année universitaire 2016-2017, par le décret n°2016-1335 relatif aux fonctions en milieu hospitalier et extrahospitalier des étudiants du second cycle des études de maïeutique, le statut des étudiants sages-femmes de 4^e et 5^e année s'est aligné sur celui des étudiants hospitaliers en médecine, odontologie, et pharmacie. Ces derniers se voient conférer la qualité d'agent public en raison de leur participation à l'activité hospitalière et extrahospitalière (sous la responsabilité du praticien référent désigné par le responsable pédagogique du lieu de stage de la structure d'accueil). Ils exécutent les tâches et les actes qui leur sont confiés par le praticien référent (art. R.6153-101). [71] Au-delà de la préparation aux gestes techniques, qu'en est-il de la préparation à la posture de soignant ?

5.2. LA SENSIBILISATION

L'hôpital étant soumis au droit commun, le patient dont l'intimité de la vie privée aurait été violée sans son consentement pourrait sans aucun doute obtenir des dommages-intérêts devant le tribunal administratif. Nous pouvons citer la décision de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) du 9 octobre 2014, qui a condamné la Russie pour dommage moral : dans cette affaire, la requérante alléguait que des étudiants en médecine avaient été autorisés à assister à son accouchement sans qu'elle y ait consenti expressément, invoquant l'article 8 de la Constitution concernant le respect de la vie privée et familiale. [69 ; 72]

La « jurisprudence Chantal Nobel », découlant de l'arrêt de la cour d'appel de Paris du 17 mars 1986, élargit la notion de respect du lieu privé. Il est en effet admis dans cet arrêt que la chambre d'hôpital est considérée comme le domicile privé du patient pendant le temps où il y réside. S'il est acquis que le consentement du patient est nécessaire pour qu'un médecin diplômé puisse accomplir quelque acte

médical que ce soit, qu'en est-il de la qualité d'étudiant en médecine ? Faut-il explicitement informer le patient que l'acte envisagé sera, en cas d'accord, exécuté par un étudiant ? La réponse est désormais limpide puisque légale, depuis la loi du 4 mars 2002. « L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre » (art L.1111-4, alinéa 7 du CSP). Soigner quelqu'un sans son accord est pénalement une violence. Le raisonnement est strictement identique dans l'hypothèse d'un soin réalisé par un étudiant sans informer le patient de cette spécificité. Soigner un patient sans l'informer du caractère pédagogique de la démarche est constitutif de l'infraction de violence volontaire au sens pénal. [...] Sur le plan quantitatif, il est intéressant de se demander si la qualité d'étudiant est susceptible de générer beaucoup de refus de la part des patients. Une étude approfondie montre l'inverse. Différentes enquêtes démontrent que le taux de refus des patients d'être examinés et/ou soignés par un étudiant plafonne à 5 % environ. Il n'y a donc pas lieu de craindre que cette règle du consentement paralyse la formation des étudiants en médecine dont les patients ont très largement conscience de la nécessité. [69]

Avec l'école, les sites de stage constituent ainsi les lieux de formation des futures sages-femmes. Les différents professionnels de santé que nous rencontrons viennent alimenter nos représentations du soignant. Les comportements que nous observons à l'hôpital, dans les cabinets libéraux, dans les CPEF, en Protection Maternelle et Infantile (PMI) viennent construire notre image de la sage-femme et contribuent à modeler le soignant que nous serons. La sage-femme qui explique à un étudiant l'importance de demander l'accord de la femme pour assister à son accouchement et l'encourage à le faire systématiquement, le sensibilise aux notions de respect de l'autre et de recueil du consentement.

5.3. LE PATIENT : OBJET PÉDAGOGIQUE

Dans son article *Le patient « objet » pédagogique*, Bruno Py, Professeur de Droit privé et sciences criminelles s'intéresse à l'étudiant en médecine et dit la chose suivante : « Dès lors que l'étudiant en médecine rencontre des patients pour le besoin de l'apprentissage de son métier, le patient peut être qualifié d'objet pédagogique. Pris en charge à titre principal pour les besoins de sa santé, le patient va être placé en situation de devenir, à titre secondaire, un support d'enseignement. L'étudiant va apprendre en regardant faire ses aînés, puis va s'initier en pratiquant lui-même des actes de soins sous leur direction. [...] Si l'étudiant doit apprendre en regardant, il doit aussi apprendre à regarder. Encore faut-il le lui enseigner, sans quoi il risque de commettre à l'avenir une faute civile, voire une infraction pénale. » Nul ne conteste l'importance de former tous les étudiants à l'examen clinique qui restera à jamais primordial, quels que soient les progrès technologiques. Mais cet enseignement clinique, au lit du malade, suppose désormais d'associer chaque patient, dans le respect de sa liberté d'accepter ou de refuser cette participation passive à l'apprentissage du futur médecin. Pour la loi, le patient ne doit plus être considéré comme un objet pédagogique, mais, s'il en est d'accord, comme un sujet pédagogique. L'enseignement est une activité d'une particulière noblesse puisqu'il consiste à transmettre. Cette transmission peut certes porter sur des savoirs et des savoir-faire, mais d'abord et avant tout sur des savoir-être. [69] En vue de la soutenance, un questionnaire a été distribué aux quatre promotions de l'école de sages-femmes de Metz, pour évaluer la sensibilité des étudiants vis-à-vis des notions d'obligation d'information et de recueil du consentement [annexes I ; II].

CONCLUSION

D'un point de vue biomédical strict, la prise en charge d'une MAP par exemple repose sur les mêmes recommandations, les mêmes actes et mêmes choix de traitements.

Si nous nous plaçons d'un point de vue biomédicopsychosocial et que nous portons intérêt à la femme dans sa globalité, la prise en charge peut différer. Les protocoles établis dressent un cadre pour les prises en charge, avec de grandes lignes directrices. Dans ces cadres, la personnalisation peut trouver sa place ; charge à la sage-femme de l'initier et d'y contribuer. Les différents versants (médical, psychologique, sociologique, déontologique, juridique, éthique) semblent coexister pour chaque personne ; c'est leur place et leur importance qui varient.

Prenons l'exemple de deux femmes, Mme A et Mme B venues consulter pour une suspicion de MAP. Chez Mme A, le versant médical peut prendre l'avantage sur les autres versants. Les explications apportées sur les étiologies éventuelles de la pathologie qu'elle présente, sur les objectifs des traitements mis en place feront sens chez elle. De la même façon, des informations délivrées à cette femme sur la physiologie du début de travail lui permettront de se sentir considérée et de prendre une part active dans la relation qui s'établit avec la sage-femme. Voici une manière de représenter cela :



(Sur cette modélisation, seuls trois versants ont été représentés par souci de clarté). Nous pouvons nous apercevoir que les différents aspects de la prise en charge constituent un contenant pour la femme ; par les informations délivrées, par l'attention prêté et par le crédit qui lui est accordé, elle se sentira intégrée dans le projet de soin dont elle est la « pièce » maitresse.

Admettons que Mme B soit victime de violence ; l'importance des versants de la prise en charge sera alors toute autre. C'est par exemple le versant psychologique qui sera prédominant. Bien que le motif de consultation soit strictement identique à celui de Mme A, le discours de la sage-femme pourra être tout à fait différent pour établir une relation de confiance où Mme B se sentira en sécurité et dans laquelle elle sera rendue actrice de sa prise en charge.



Il semble ainsi indispensable de considérer la femme dans son ensemble, sous ses multiples versants identitaires, sans la réduire à son statut temporaire de patiente, pour répondre à ses besoins et attentes de manière appropriée. La relation entre une sage-femme et une femme réside dans un partenariat et dans cette reconnaissance de l'interdépendance des deux acteurs.

La sage-femme est un maillon de la chaîne de soin idéalement placé pour équilibrer cette répartition entre les différents versants de la prise en charge proposée à la femme. Cela peut se faire sans qu'elle en ait tout à fait conscience. Par une réelle attention prêtée à la femme, par une écoute attentive, elle est à même de mobiliser ses savoirs, savoir-faire et savoir-être pour répondre au mieux à ses attentes.

Avoir travaillé ce thème en sujet de mémoire de fin d'études m'a permis d'être sensibilisée au fait qu'il est nécessaire de donner à la patiente le maximum d'informations pertinentes pour la laisser décider ensuite. Cela demande également de se tenir informé des dernières recommandations pour avoir un discours cohérent, adapté et à jour. Pour cela, nous pourrions encourager davantage les étudiants, dès le début de la formation, à rechercher par eux-mêmes les recommandations portant sur les pratiques des sages-femmes. Nous pourrions également envisager de renforcer la formation des étudiants sages-femmes par l'intervention de juristes pour les sensibiliser davantage aux notions d'obligation d'informer et de recueil du consentement. Ceci pourrait être répété au cours du cursus, avec une première intervention en amont de la première période de stage, dans l'idée d'ancrer ses valeurs chez ces professionnels de santé en devenir.

Lorsque la sage-femme a acquis les savoirs théoriques nécessaires à sa pratique, qu'elle répond à son devoir déontologique de mise à jour régulière de ses connaissances et après avoir pris le temps de considérer la femme dans sa globalité, elle est dans une posture légitime lorsqu'elle cherche à convaincre la patiente de la prise en charge qu'elle lui propose. Elle se doit de toujours garder à l'esprit que le prérequis de tout soin (hors situation d'urgence ou d'impossibilité d'informer) est le consentement de la personne concernée.

Pour finir, j'aimerais me souvenir de cette citation d'Alfred Sauvy, économiste, démographe et sociologue français du XX^e siècle :

« Bien informés, les hommes sont des citoyens ; mal informés ils deviennent des sujets ».

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Haut Conseil à l'Égalité. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical ; des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. Rapport n° 2018-06-26-SAN-034. Juin 2018.
- [2] Azencot S. Le consentement du patient en médecine générale au-delà de la jurisprudence quelle place en pratique quotidienne. [Thèse]. Faculté de médecine de Nancy. Université Henri Poincaré. 2001 ; 128p.
- [3] Larousse. Dictionnaire Poche. Edition Larousse. 2018.
- [4] Porcher R. Le consentement en droit médical. Médecine et Droit. Fev 2019 ;154 : 8p.
- [5] Popper K. Conjectures et réfutations : la croissance du savoir scientifique. Editeur Payot. Janv 2006.
- [6] Le cerveau à tous les niveaux. De la fécondation à l'embryon. [En ligne]. (Consulté le 02/03/2019) ; disponible sur http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_09/a_09_cr/a_09_cr_dev/a_09_cr_dev.html
- [7] France Inter. Tu enfanteras dans la douleur : la faute aux docteurs ? Le débat de midi. Juil 2019. [En ligne]. (Consulté le 25/08/2019) ; disponible sur <https://www.franceinter.fr/emissions/le-debat-de-midi/le-debat-de-midi-15-juillet-2019>
- [8] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Satisfaction des usagers des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. [En ligne]. (Consulté le 26/01/20) ; disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>
- [9] Collège National des Sages-Femmes de France. Violences obstétricales : sur le chemin de la bienveillance. [En ligne]. (Consulté le 15/12/2019) ; disponible sur https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/01/EBOOK_2018_complet.pdf
- [10] Py B, Stasiak F. Le médecin, la brute et le truand. Légalité, légitimité, licéité : regards contemporains. Éditions Universitaires de Lorraine. 2018 ; 475-507.
- [11] Lesieur A. Le consentement éclairé en salle de naissance dans le cadre de la direction du travail. [Mémoire]. Faculté de médecine et de maïeutique de Lille. 2016 ; 38p.
- [12] Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P et al. Enquête nationale périnatale, rapport 2016. Les naissances et les établissements : situation et évolution depuis 2010. Oct 2017.
- [13] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique : Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. [En ligne]. (Consulté le 17/07/2019) ; disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf
- [14] Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. Août 2012 ; 3.
- [15] Ordre des Sages-Femmes. Les compétences des sages-femmes. [En ligne]. (Consulté le 24/09/2019) ; disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
- [16] Service Public. Curatelle. [En ligne]. (Consulté le 22/08/2019) ; disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2094>

- [17] Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale : Les déficiences intellectuelles. [En ligne]. (Consulté le 22/08/2019) ; disponible sur <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>
- [18] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Synthèse thématique : héroïne et autres opioïdes. [En ligne]. (Consulté le 22/08/2019) ; disponible sur <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces>
- [19] Wincler M. Les Brutes en blanc. Edition Flammarion. 2016.
- [20] Science et tradition. Les 3 temps aïôn, chronos et kairos. [En ligne]. (Consulté le 04/01/2020) ; disponible sur <https://sciencetradition.forumactif.com/t353-les-3-temps-aion-chronos-et-kairos>
- [21] Tronto J. Un monde vulnérable, pour une politique du Care, Edition La Découverte. Jan 2009.
- [22] France Inter. La chronique de Christophe André : notre inépuisable besoin de bienveillance. Nov 2019. Disponible sur <https://www.franceinter.fr/emissions/la-chronique-de-christophe-andre/la-chronique-de-christophe-andre-19-novembre-2019>
- [23] Geelkens M. La bienveillance obstétricale. Le Vif. Nov 2018 ; (47).
- [24] Code de déontologie des sages-femmes. 2012.
- [25] Université de Genève. Autonomie. [En ligne]. (Consulté le 23/05/2018) ; disponible sur <https://www.unige.ch/medecine/ieh2/files/8114/3472/9172/Autonomie.pdf>
- [26] Espace soignant. Principes et dilemme éthiques. [En ligne]. (Consulté le 01/05/2018) ; disponible sur <https://www.espacesoignant.com/auxiliaire-de-puericulture/ap-module-5-information-du-patient-et-ethique/principes-et-dilemmes-ethiques>
- [27] Ricoeur P. Autonomie et vulnérabilité. La philosophie dans la Cité. Édition Université Saint-Louis. 1997.
- [28] Haute Autorité de Santé. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. [En ligne]. (Consulté le 16/11/2019) ; disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf
- [29] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Extrait des mises à jour en gynécologie et Obstétrique : Prééclampsie, évaluation du pronostic maternel et fœtal, biologique, cliniques, signes de gravité, indications de transfert. [En ligne]. (Consulté le 16/11/2019) ; disponible sur http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GO_459_winer.pdf
- [30] Beauchamps T, Childress J. Les Principes de l'éthique biomédicale. Traduit par Martine Fisbach. Edition Belles Lettres. Janv 2008.
- [31] Delassus E. Analyse critique du principisme en éthique biomédicale. 2017 ; 11p.
- [32] Centre de Référence des Agents Tératogènes. Paracétamol Grossesse et allaitement. [En ligne] [mise à jour du 18 juillet 2019]. (Consulté le 02/01/2020) ; disponible sur https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=32
- [33] Golding J, Gregory S, Clark R, Ellis G, et al. Association between paracetamol (acetaminophen) intake between 18 and 32 weeks gestation and neurocognitive outcomes in the child, A longitudinal cohort study. Paediatric and Perinatal Epidemiology. Edition John Wiley & Sons Ltd. 2019 Sep.
- [34] Grossesse : le paracétamol provoquerait des troubles du comportement chez l'enfant. Revue Sciences & cerveau. Nov 2019 ; 5 : 18-9.

- [35] VIDAL. CYTOTEC 200 µg cp séc. [En ligne]. (Consulté le 26/12/2019) ; disponible sur : <https://www.vidal.fr/Medicament/cytotec-4727.htm>
- [36] Utilisation du misoprostol pour l'induction du travail en cas de MIU ou d'IMG au deuxième ou au troisième trimestre de la grossesse : efficacité, posologie, voie d'administration, effets secondaires, utilisation en cas d'utérus cicatriciel. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Fév 2014 ; 43 (2) : 146-61.
- [37] VIDAL. CYTOTEC (misoprostol) : arrêt de commercialisation prévu le 1^{er} mars 2018. [En ligne]. (Consulté le 26/12/2019) ; disponible sur : https://www.vidal.fr/actualites/22282/cytotec_misoprostol_arret_de_commercialisation_prevu_le_1er_mars_2018/
- [38] Feuillet-Liger B, Orfali K. La réalité de deux principes de protection du corps dans le cadre de la biomédecine : La dignité et la non patrimonialité, étude internationale et pluridisciplinaire [Rapport de recherche] Mission de recherche Droit et Justice. 2016.
- [39] Portes L. Du consentement à l'acte médical (Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 30 janvier 1950). *A la recherche d'une éthique médicale*. Edition Masson et PUF. 1955.
- [40] Assemblée Nationale. Séance du 2 octobre 2001. [En ligne]. (Consulté le 19/01/2020) ; disponible sur http://www.assemblee-nationale.fr/11/cr/html/20020003/css/20020003_17.asp
- [41] Ordre des Sages-femmes. Base jurisprudentielle. [En ligne]. (Consulté le 04/08/2019) ; disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/DOSSIER%20RC.pdf>
- [42] Ministère des solidarités et de la santé. Le consentement aux soins. [En ligne]. (Consulté le 19/01/2020) ; disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-10-le-consentement-aux-soins>
- [43] Vialla F. Qu'est-ce que le consentement éclairé. *Revue droit & santé*. Sep 2018 ; 39 : 33-6.
- [44] Haute Autorité de Santé. Le dépistage de la trisomie 21. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2020) ; disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/depistage_trisomie.pdf
- [45] Fondation Lejeune. Femme enceinte : qu'est-ce que le dépistage de la trisomie 21. [En ligne]. (Consulté le 07/01/2020) ; disponible sur <https://www.fondationlejeune.org/test-de-depistage-de-la-trisomie-21>
- [46] Favre R. Dépistage de la Trisomie 21. Un consentement éclairé a-t-il été réalisé? [Mémoire]. Faculté de Sciences Biologiques et Médicales Éthique, Déontologie et Responsabilités médicales de Strasbourg. 2004 ; 50p.
- [47] Favre R. En quoi le niveau de connaissance médicale et la position des médecins respectent-ils ou non le consentement des patientes dans le cadre du dépistage de la trisomie 21 ? [Thèse]. Faculté de médecine de Paris, René Descartes. 2007 ; 85p.
- [48] Bonneau F. Information et compréhension du test de dépistage de la trisomie 21 par les patientes. [Mémoire]. École de sages-femmes de Caen. Université de Caen. 2013 ; 64p.
- [49] Zielinski A. La compassion, de l'affection à l'action. Édition S.E.R. 2009 ; 410 : 55-65.
- [50] Mead G. L'esprit, le soi la société. Éditions Presses Universitaires de France. Traduit de l'anglais par Cazeneuve J, Kaelin E, Thibault G. 1963.
- [51] Qribi A. Socialisation et identité. Éditions EMPAN. 2005 ; 58 : 129-32
- [52] Castel P. Psychologie sociale, communication et langage. Éditions De Boeck. Août 2011.

- [53] Dätwyler M, Schwarz A, Velmezova E. Le malentendu dans tous ses états. [En ligne]. (Consulté le 22/01/2020) ; disponible sur https://www.unine.ch/files/live/sites/allemand/files/shared/documents/publications/AN_malentendu.pdf
- [54] Noyer S. L'observation des émotions au travers des communications non verbales. [Mémoire]. Toulouse : Faculté de Médecine de Toulouse, Rangueil. Juin 2018 ; 77p.
- [55] Haut Conseil de la Santé Publique. Actualité et dossier en santé publique. Ethique et soins. Dec 2011 ; 77 : 13.
- [56] Sicard D. « Introduction », L'éthique médicale et la bioéthique. Éditions Presses Universitaires de France. 2009.
- [57] Potter V. Bioethics : bridge to the future. Editions Prentice Hall. 1971 Aug.
- [58] Comité éthique et cancer. Être membre d'un comité d'éthique au sein d'un établissement de santé. [En ligne]. (Consulté le 17/02/2020) ; disponible sur <https://www.ethique-cancer.fr/publications/etre-membre-dun-comite-dethique-sein-dun-etablissement-sante>
- [59] Voillet H. Le refus d'interruption médicale de grossesse. [Mémoire]. Ecole de sages-femmes de Nantes. 2010 ; 65p.
- [60] Organisation Mondiale de la Santé. Constitution. [En ligne]. (Consulté le 17/02/2020) ; disponible sur <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
- [61] Guignot C. Polypathologies : Pour une approche holistique du patient. Science&Santé. 2015 ; 28 : 36-7.
- [62] Association Nationale des Sages-femmes libérales. L'accompagnement global. [En ligne]. (Consulté le 16/02/2020) ; disponible sur <https://ansfl.org/document/laccompagnement-global>
- [63] Touchard C. L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples ? [Mémoire]. École de sages-femmes d'Angers. Université d'Angers. 2011 ; 58p.
- [64] Vitrai E. Accoucher en plateau technique lors de l'accompagnement global a la naissance : motivations et satisfaction des patientes. [Mémoire]. École de sages-femmes de Clermont Ferrand. Université d'Auvergne. 2018 ; 66p.
- [65] Haute Autorité de Santé. Rapport d'élaboration : contraception chez l'homme et chez la femme. [En ligne]. [mise à jour en juillet 2019] (Consulté le 17/02/2020) ; Disponible sur https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201502/contraception_fiches_memo_rapport_de_laboration.pdf
- [66] Kant E. Fondements de la métaphysique et des mœurs. Éditions Les Échos du Maquis. 1785.
- [67] Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Éditions SEUIL. Mars 1990.
- [68] Delespine M. Violences faites aux femmes et maternité : entre respect de l'autonomie et bienfaisance, quels parcours de prise en charge ? [Mémoire]. Faculté de médecine de Paris Descartes. 2011 ; 50p.
- [69] Py B. Le patient « objet » pédagogique. Entreprise, économie & droit. 2015 ; 119-32.
- [70] Granry J, Moll M. Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé : État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. 2012.

[71] Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Dispositions réglementaires applicables aux étudiants en second cycle des études de maïeutique en fonctions en milieux hospitalier et extrahospitalier. [En ligne]. (Consulté le 02/03/2020) ; disponible sur http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/09/cir_42583.pdf

[72] Direction des Affaires Juridiques. Cour Européenne des droits de l'homme 9 octobre 2014 n°37873/04. [En ligne]. (Consulté le 17/02/2020) ; disponible sur <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-europeenne-des-droits-de-lhomme-9-octobre-2014-n3787304-vie-privee-accouchement-ingerence-article-8-cedh/>

[73] Saint-Arnaud J. Repères éthiques pour les professions de santé. Éditions Liber. 2019.

ANNEXES

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE REMIS AUX ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES DE L'ÉCOLE DE METZ

ANNEXE II : PRINCIPAUX RÉSULTATS DE CETTE ENQUÊTE

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE REMIS AUX ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES DE L'ÉCOLE DE METZ

En vue de la soutenance, une étude quantitative, transversale descriptive, non interventionnelle a été menée, sur la période de novembre 2019 à mars 2020, dont la problématique était la suivante : *Comment les étudiants sages-femmes sont-ils sensibilisés vis-à-vis des notions d'informations, de défaut voire d'omission d'information et de consentement éclairé ?*

Partie 1 : En stage

Question 1 : En stage en salle de naissances, vous êtes amené(e) à préparer une perfusion d'oxytocique (= Syntocinon)

Jamais Rarement De temps à autre Régulièrement

Question 2 : Lorsque vous préparez la perfusion d'oxytocique (= Syntocinon), vous expliquez à la patiente de quoi il s'agit

Jamais Rarement De temps à autre Régulièrement Toujours

Question 3 : Lorsque vous posez la perfusion d'oxytocique (= Syntocinon), que vous la connectez au bras de la patiente, vous expliquez à la patiente de quoi il s'agit

Jamais Rarement De temps à autre Régulièrement Toujours

Question 4 : Lorsque vous êtes amené(e) à augmenter la dose de syntocinon en cours de travail

- vous informez la patiente

Jamais Rarement De temps à autre Régulièrement Toujours

- vous recherchez son accord

Jamais Rarement De temps à autre Régulièrement Toujours

Question 5 : En stage, vous vous êtes déjà fait la réflexion

- que l'information que la patiente recevait vis à vis de sa prise en charge semblait incomplète Oui Non

- que le consentement de la patiente n'était pas recherché pour un acte qui selon vous le requérait Oui Non

Partie 2 : L'information

(NSP = ne sait pas)

Question 6 : (une seule réponse possible) La notion de « droit à l'information » a été consacrée par

- Le **décret du 14 janvier 1974** relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, et à la charte du malade hospitalisé
- La **loi du 4 mars 2002**, dite loi HPST (Hôpitaux, patients, santé, territoire) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- La **loi du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique qui renforce la participation des usagers aux politiques publiques de santé, redéfinit les missions de la conférence nationale de santé et crée de la commission nationale d'agrément des associations
- La **loi du 5 juillet 2011** relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge qui prévoit l'intervention du Juge des libertés et de la détention lors de soins psychiatriques sans consentement.
- NSP

Question 7 : Dire pour chaque affirmation si elle est vraie, fausse ou si vous ne connaissez pas la réponse (NSP).

L'article L.1111-2 du Code de la Santé Publique dit que « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur... »

	Vrai	Faux	NSP
1. Les différentes investigations proposées leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'elles comportent			
2. Les différents traitements proposés leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent			
3. Les différentes actions de prévention proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'elles comportent			
4. Les autres solutions possibles pour la prise en charge du patient			
5. Les conséquences prévisibles en cas de refus de soin de la part du patient			

Question 8 : Le professionnel de santé est dispensé d'informer le patient :

- Dans les situations d'urgence vrai faux NSP
- Dans les situations de manque de temps face à un grand nombre de patients à prendre en charge vrai faux NSP
- Dans les situations où le personnel soignant est réduit vrai faux NSP

Question 9 : Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé sont datées de :

- Mai 2010
- Mai 2012
- Mai 2014
- Mai 2016
- NSP

Question 10 : D'après ces recommandations, dans quel contexte l'information doit-elle être délivrée au patient :

- impérativement lors d'un entretien individuel avec le patient
- lors d'un entretien individuel et/ou collectif
- lors de séance d'informations organisées
- NSP

Question 11 : Faire signer un papier à un patient sur lequel il est écrit qu'il atteste avoir été informé, est une preuve opposable en cas de litige : Vrai Faux NSP
(preuve opposable = élément qui peut être utilisé contre le patient - se plaignant d'un défaut d'informations par exemple -).

Question 12 : En cas de litige entre un patient et un professionnel de santé, en secteur hospitalier, c'est...

- au professionnel de santé d'apporter, par tous les moyens, la preuve que l'information a été délivrée dans de bonnes conditions
- au patient d'apporter la preuve d'un défaut d'information
- au cadre du service d'apporter la preuve de l'information fournie par le professionnel concerné
- NSP

Question 13 : Selon vous, le fait de délivrer des informations aux patientes est :

- quelque chose d'inné
- une compétence qui s'acquiert en cours de formation théorique (à l'école)
- une compétence qui s'acquiert sur le terrain, dans la vie professionnelle
- NSP

Question 14 : Une seule exception est prévue par la loi concernant la délivrance d'information ; la sage-femme n'a pas à informer...

- La patiente mineure vrai faux NSP
- La femme ayant manifesté explicitement son refus d'être informée vrai faux NSP
- La femme excessivement angoissée, qui semble perdre ses moyens vrai faux NSP

Question 15 : Selon vous, la délivrance de l'information par une sage-femme requiert des compétences particulières en...

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Absolument
Psychologie				
Communication				
Droit				
Philosophie				
Empathie				
Maïeutique				

Partie 3 : Le consentement

Question 16 : La notion de consentement a été abordée au cours de votre formation

<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	Peu de fois
<input type="checkbox"/>	De nombreuses fois

Question 17 : La notion de consentement du patient vous semble

<input type="checkbox"/>	Inconnue
<input type="checkbox"/>	Peu claire
<input type="checkbox"/>	Plutôt claire
<input type="checkbox"/>	Parfaitement claire

Question 18 :

* Le verbe consentir signifie...

- Rendre sensible par un signe, un geste (ex : un acquiescement) sa pensée.
- Accéder à la demande de l'équipe médicale
- Donner son accord à une action, à un projet
- Ne pas exprimer de refus ou d'opposition
- Faire connaître son point de vue.
- NSP

* Selon vous, le consentement s'exprime

- verbalement
- par un signe, un geste (ex : acquiescement)
- par écrit
- NSP

Question 19 : Il existe une obligation légale pour le patient de signer ce que les professionnels de santé appellent un « formulaire de consentement écrit » avant toute prise en charge vrai faux NSP

Question 20 : La recherche du consentement est systématiquement adressée aux représentants légaux pour la personne mineure vrai faux NSP

Question 21 : La recherche du consentement est systématiquement adressée aux tuteurs légaux pour la personne majeure sous tutelle vrai faux NSP

Question 22 : Si l'état de santé de la patiente ne lui permet pas de s'exprimer au moment où les soins sont nécessaires, l'équipe médicale est tenue de

	Vrai	Faux	NSP
1. Prendre la décision elle-même, après concertation entre les différents professionnels de santé prenant en charge le patient.			
2. Rechercher la volonté du patient en s'adressant à sa personne de confiance (si elle a été désignée)			
3. Recueillir la/les volonté(s) des proches si aucune personne de confiance n'a été désignée.			

Question 23 : (Une seule réponse possible) Le consentement est de l'ordre...

- du passé, daté
(ex : je dis que je suis d'accord avec ce qui a été fait)
- du présent, de l'ici et du maintenant
(ex : je dis être d'accord pour ce qui est mis en place)
- du futur, en vue d'un acte ou geste qui sera réalisé
(ex : je dis être d'accord pour ce qui sera fait)

Question 24 : Parmi les valeurs suivantes, choisissez-en 3 qui vous semblent être associées à la notion consentement :

- Autonomie
- Respect
- Justice
- Légalité
- Bienfaisance
- Droit du patient
- Devoir du professionnel
- Non malfaisance
- Ethique

Question 25 : Selon vous, du point de vue légal, le consentement doit être (entourez maximum 2 adjectifs)

Authentique ; Libre ; Conscient ; Eclairé ; Loyal ; Clair ; Explicite ; Complet ; Sincère.

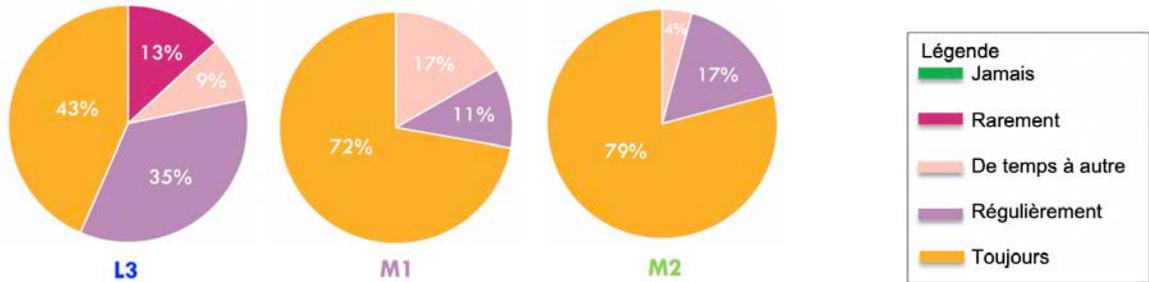
ANNEXE II : PRINCIPAUX RÉSULTATS DE CETTE ENQUÊTE (AUPRÈS DES ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES DE L'ÉCOLE DE METZ)

Sur 96 questionnaires distribués, 78 ont été remplis ; pour la partie 1, les questionnaires de la promotion de L2 ont été exclus car ces étudiants n'avaient pas encore réalisé de stage en salle de naissances.

Partie 1 : En stage

Sur 100% des étudiants de L3, M1, M2, préparant « *de temps à autre* » ou « *régulièrement* » une perfusion d'ocytocine, voici les proportions de ceux qui expliquent à la patiente de quoi il s'agit :

- Lors de la préparation de la perfusion



- Lors de la pose de la perfusion



En cours de travail, les étudiants sages-femmes informent la patiente lorsqu'ils augmentent le débit de l'ocytocine



En cours de travail, les étudiants sages-femmes recherchent l'accord de la patiente lorsqu'ils augmentent le débit de l'ocytocine



Parties 2 et 3 : L'information et le consentement

Pour ces parties, chaque item permettait de valider 0,5 à 1 point, afin d'obtenir un score sur 10 pour chaque partie.

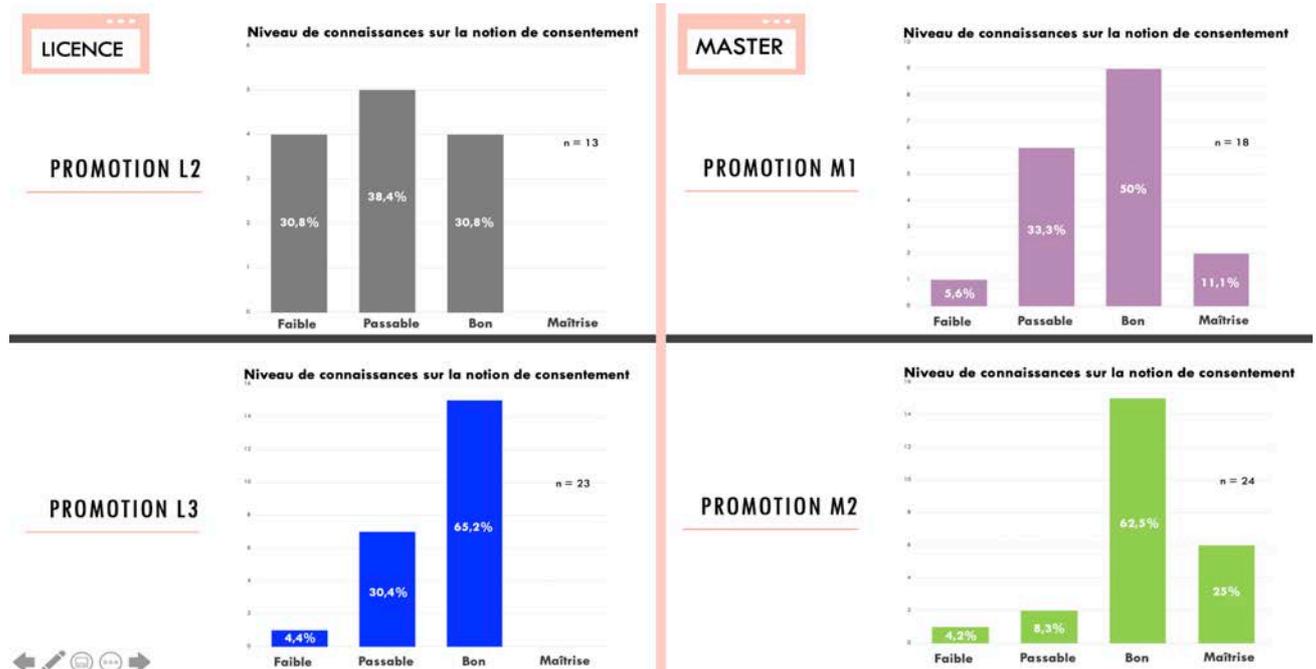
CRTIÈRES DE JUGEMENT

Score	Niveau de connaissances
[0 ; 4[Faible
[4 ; 6[Passable
[6 ; 8[Bon
[8 ; 10]	Maîtrise

Niveau de connaissances des quatre promotions d'étudiants sages-femmes sur la notion d'information



Niveau de connaissances des étudiants sages-femmes sur la notion de consentement



Consentement libre et éclairé en maïeutique : approche pluridisciplinaire

Étude observationnelle de catégorie 3 par approche qualitative, à propos de cinq patientes, sur les sites du CHR Metz-Thionville, CH Lunéville, CH Basse-Terre, de 2016 à 2020

RESUME

Introduction – En stage, certains désaccords entre sages-femmes et patientes m'ont posée question. Leur point commun : le consentement. L'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique énonce qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». La problématique choisie était : en quoi la prise en charge par une approche pluridisciplinaire est-elle nécessaire pour s'assurer de la validité du consentement libre et éclairé de la patiente ? L'objectif principal était de démontrer la légitimité que l'on a en tant que sage-femme, de chercher à convaincre une patiente d'une prise en charge qu'elle refuse.

Méthode – Cette étude observationnelle de catégorie 3, par approche qualitative, portait sur cinq cas cliniques rencontrés en stage, dans les hôpitaux de Metz, Thionville, Lunéville et Basse-Terre, de septembre 2016 à mars 2020, ayant nécessité une approche pluridisciplinaire.

Résultats – Les situations renvoyaient à plusieurs compétences de la profession et montraient que la prise en charge sage-femme nécessitait de multiples versants : médical, psychologique, sociologique législatif, déontologique ou encore éthique.

Conclusion – Après information claire et loyale de la patiente (basée sur l'acquisition des savoirs théoriques nécessaire à sa pratique, régulièrement mis à jour), tout en la considérant sous ses différents versants identitaires, la sage-femme est dans une posture légitime lorsqu'elle cherche à convaincre la patiente de la prise en charge qu'elle lui propose. Nous pourrions renforcer la formation des étudiants sages-femmes par l'intervention de juristes pour davantage les sensibiliser à l'obligation d'informer et au recueil du consentement.

MOTS CLÉS : Consentement ; Information ; Pluridisciplinarité ; Bienveillance ; Maïeutique.

ABSTRACT

INTRODUCTION : The Public Health Code article, number L.1111-4, states that "no medical procedure or treatment may be performed without the free and informed consent of the person". During my practical trainings, through my studies, it occurred to me that midwives and their patients did not always see medical care from the same perspective. The different situations I came across, had a common characteristic : consent. My purpose was to study "in what way is a multidisciplinary approach necessary to ensure the validity of the patient's free and informed consent?" The main objective was to demonstrate the legitimacy a midwife has, to try to convince a patient of a procedure that she refuses.

METHODS : This observational study was based on five clinical cases observed in Metz, Thionville, Lunéville and Basse-Terre hospitals, between September 2016 and March 2020. All these situations required a multidisciplinary approach.

RESULTS : The situations showed the midwives' different skills and it appeared that their medical care required many aspects : medical, psychological, legislative or even ethical.

DISCUSSION : Midwives have to give loyal and complete information so they can receive consent from their patients. This information is based on their academic knowledge ; they must update it regularly. With a holistic approach, midwives seem to be in the most adequate position to try to convince the patient. This research work has led me to a new hypothesis. A lawyer's viewpoint could be added to our studies to improve our knowledge of this holistic aspect, especially before the beginning of our first clinical training. This could help students to be more sensitive to these aspects.

KEY WORDS : Consent ; Information ; Multidisciplinarity ; Care ; Midwifery.