

2019-2020

Diplôme d'État de Sage-femme
École de Sage-femme René-Rouchy

Freins et leviers à l'information des patientes pour obtenir leur consentement éclairé lors du suivi du travail normal en salle de naissance

Étude quantitative, descriptive, prospective, unicentrique auprès des sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, du 27 novembre 2019 au 5 février 2020.

LEROLLE Marie-Anne |

Sous la direction du Professeur **ROUGÉ-MAILLART** |

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

**Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>**

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



**ENGAGEMENT
DE NON PLAGIAT**

Je, soussigné(e) LEROLLE Marie-Anne, née le 7 juin 1995, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Date : Mercredi 13 mai 2020

Signature :



REMERCIEMENTS

Au Docteur Rougé-Maillart,

Pour avoir accepté de diriger mon mémoire.

Pour vos conseils avisés et votre disponibilité tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Aux sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers,

Pour votre participation à mon étude en répondant à mon questionnaire.

Aux membres de l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme d'Angers et plus particulièrement à Laurence,

Pour ton grand soutien moral, ton écoute et tes encouragements.

Aux sages-femmes du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire,

Parce que vous m'avez aidée à avoir confiance en moi.

À mes parents, mes frères et sœur, ma belle-famille et à Paul,

Pour votre soutien inconditionnel pendant ces sept années d'étude.

À mes amies Florine, Laurane, Andréa, Alice, Laura et Stessy,

Pour tous ces bons moments que nous avons partagés ensemble.

Pour vos encouragements lors des moments stressants rencontrés lors de ces études.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	1
INTRODUCTION	2
MATERIELS.....	4
1. Schéma de l'étude	4
2. Population de l'étude	4
METHODE.....	4
1. Création du questionnaire.....	4
2. Évaluation du questionnaire	4
3. La diffusion du questionnaire	5
4. Analyse des données	5
RESULTATS.....	6
1. Le diagramme de flux.....	6
2. Description de la population.....	6
2.1. Caractéristiques générales.....	6
2.2. Population réalisant des consultations prénatales	6
3. Utilisation du projet de naissance en salle de naissance pour favoriser l'information	7
4. Information de la patiente pendant le travail	8
4.1. Information pour obtenir le consentement de la patiente avant d'effectuer un toucher vaginal	10
4.2. Traçabilité de l'information donnée à la patiente dans le dossier obstétrical	11
5. Information <i>a posteriori</i> de la patiente en cas de situation d'urgence	11
6. Formation des sages-femmes sur l'information des patientes	11
DISCUSSION	13
1. Biais et limites de l'étude	13
2. Analyse des principaux résultats et comparaison	13
2.1. Utilisation du projet de naissance	13
2.2. Information et consentement concernant l'épisiotomie	13
2.3. Information et consentement lors de la suture des lésions périnéales.....	14
2.4. Information et consentement lors de la direction du travail	14
2.4.1. Rupture de la poche des eaux	14
2.4.2. Oxytocine	15
2.5. Information et consentement lors de la pose du cathéter périphérique ou lors de l'introduction d'une antibioprophylaxie.....	15
2.6. Information et consentement lors des touchers vaginaux	15
2.7. Information <i>a posteriori</i> après un geste effectué dans l'urgence	16
2.8. Traçabilité de l'information dans le dossier médical	16
2.9. Formation des sages-femmes	16
CONCLUSION.....	17
BIBLIOGRAPHIE.....	18
ANNEXES.....	19
TABLE DES FIGURES	25
TABLE DES TABLEAUX	26

GLOSSAIRE

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HCE : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

HAS : Haute Autorité de Santé

CSP : Code de Santé Publique

SA : Semaine d'Aménorrhée

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

ENP : Enquête Nationale Périnatale de 2010-2016

INTRODUCTION

Le 26 juin 2018, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) a publié un rapport sur Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, à la demande de Marlène SCHIAPPA, Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes.

Ce rapport fait suite aux nombreux témoignages (plus de 7000) sur les violences obstétricales, mis en avant par le hashtag « #PayeTonUtérus » lancé sur Twitter le 19 novembre 2014.

Il y décrit six actes sexistes dont deux d'entre eux sont : les refus d'actes par les professionnels non justifiés médicalement et l'exercice d'actes (interventions médicales, prescriptions) sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente. **(1)**

La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des patients a rappelé une obligation qui existait déjà dans le Code Civil et dans la jurisprudence et qui incombe à la sage-femme. Elle stipule qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne. Ce consentement peut être retiré à tout moment. Afin d'obtenir le consentement du patient, il ne suffit pas que l'information ait été délivrée, il faut également s'assurer de sa bonne compréhension par celui-ci. Cette information porte sur les différents traitements, investigations 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. **(2)**

Dans la Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006, une définition du consentement libre et éclairé y est donnée. Le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et doit être renouvelé pour tout nouvel acte médical. Il doit également être éclairé, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Toute personne hospitalisée apte à exprimer sa volonté peut donc aussi refuser tout acte diagnostique ou tout traitement ou en demander l'interruption à tout moment. **(3)**

En mai 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place des recommandations reprenant les modalités du Code de Santé Publique (CSP), dans lesquelles il est évoqué le fait que la traçabilité de l'information donnée au patient est nécessaire en mentionnant par qui elle a été délivrée (nom et fonction), à quelle date et les difficultés rencontrées lors de la délivrance. Cette traçabilité permet tout d'abord aux autres professionnels de santé d'en prendre connaissance pour favoriser la cohérence de l'information. De plus, en cas de litige, il appartient au professionnel de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé et ces mentions peuvent servir de moyen de preuve. **(4)**

La HAS définit l'accouchement normal comme étant un travail qui débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail, entre 37 et 42 semaines d'aménorrhées (SA) avec un fœtus en présentation céphalique. Il exclut le déclenchement et se caractérise par un déroulement spontané qui peut s'accompagner d'interventions techniques et médicales minimales, qui lorsqu'elles sont nécessaires, sont destinées à assurer la sécurité et le confort de la mère et de l'enfant (pose d'une voie veineuse, analgésie péridurale, amniotomie, antibioprofylaxie, administration d'oxytocine).

LEROLLE Marie Anne | Freins et leviers à l'information des patientes pour obtenir leur consentement éclairé lors du suivi du travail normal en salle de naissance – Étude quantitative, prospective, descriptive, unicentrique auprès des sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

La HAS rappelle l'importance de l'élaboration d'un projet de naissance par les futurs parents afin d'ouvrir la discussion sur les étapes de l'accouchement. Les informations portent sur les indications, possibilités, limites, risques éventuels et contre-indications des différentes interventions médicamenteuses (administration d'oxytocine, antibioprofylaxie) et techniques (pose de perfusion, amniotomie, épisiotomie, touchers vaginaux) utilisables au cours du travail et de l'accouchement. Ces informations doivent être idéalement abordées lors des consultations prénatales puis lors du suivi du travail afin de recueillir le consentement éclairé de la patiente. **(5,6)**

L'accouchement est un acte naturel qui peut cependant s'entourer d'actes techniques et médicamenteux soumis à l'obligation d'information de la patiente afin d'obtenir son consentement éclairé. Cette information est-elle donnée par les sages-femmes lors du suivi du travail normal et le consentement éclairé des patientes est-il recherché ?

Le but de cette étude était d'évaluer les pratiques des sages-femmes en salle de naissance concernant l'information de la patiente et l'obtention de son consentement éclairé avant toute intervention médicamenteuse ou technique lors du suivi de l'accouchement normal.

MATERIELS

1. Schéma de l'étude

Une étude quantitative, prospective, descriptive, unicentrique a été réalisée à partir de l'analyse d'auto-questionnaires [Annexe 1] distribués aux sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers entre le 27 novembre 2019 et le 5 février 2020.

2. Population de l'étude

La population cible regroupait l'ensemble des sages-femmes travaillant au CHU d'Angers. La population source comprenait l'ensemble des sages-femmes travaillant en salle de naissance au CHU d'Angers. Les sages-femmes n'exerçant pas en salle de naissance ont été exclues de l'étude, ainsi que celles ayant répondu seulement à la partie « Description de la population » du questionnaire.

METHODE

1. Création du questionnaire

Le questionnaire a été construit à partir des lectures biographiques sur l'accouchement normal et sur l'information donnée au patient afin d'obtenir son consentement éclairé.

Il a été créé grâce au logiciel « Limesurvey ». Il comportait 18 questions dont 14 fermées et 4 ouvertes réparties dans cinq groupes de questions.

Les cinq groupes de questions étaient les suivants :

- Description de la population
- Utilisation du projet de naissance en salle de naissance pour favoriser l'information
- Information de la patiente pendant le suivi du travail normal
- Information de la patiente en cas de situation d'urgence
- Formation des professionnels sur l'information et l'obtention du consentement de la patiente

Le questionnaire a été paramétré de façon à ce que seules les personnes ayant reçu le lien du questionnaire puissent y répondre. Les réponses ont été anonymisées et un même professionnel ne pouvait pas répondre plus d'une fois au questionnaire.

2. Évaluation du questionnaire

Le questionnaire a été évalué par 3 sages-femmes et a ensuite été validé par Madame Rougé-Maillart. Cela a permis de vérifier le bon fonctionnement des conditions établies lors de la création du questionnaire ainsi que la bonne compréhension des questions. Ainsi, la question « Effectuez-vous des consultations prénatales » a été rajoutée pour le groupe ayant répondu « Exercice uniquement hospitalier » suite au test réalisé par une des sages-femmes.

LEROLLE Marie Anne | Freins et leviers à l'information des patientes pour obtenir leur consentement éclairé lors du suivi du travail normal en salle de naissance – Étude quantitative, prospective, descriptive, unicentrique auprès des sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

3. La diffusion du questionnaire

Le questionnaire sous forme de lien internet : <http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/965642?lang=fr>, accompagné d'une lettre d'information, a été envoyé à une sage-femme du CHU par mail le 27 novembre 2019. Celle-ci l'a ensuite transmis par le biais de la « mailing-list » aux sages-femmes du CHU d'Angers.

Deux relances ont ensuite été effectuées par le biais de cette même « mailing-list » :

- Une le 2 janvier 2019
- Une le 23 janvier 2019

4. Analyse des données

Les réponses au questionnaire obtenues avec Limesurvey ont été exportées dans une feuille de calcul du logiciel Excel version Microsoft Office 365 ProPlus. Ce fichier a permis l'analyse des données associée à l'outil en ligne « BiostaTGV ».

Les variables qualitatives étaient décrites par l'effectif et le pourcentage. L'analyse comparative de ces variables a été réalisée par le test du Khi2 ou le test de Fisher (quand l'effectif était inférieur à cinq). Le risque α de première espèce a été défini à 95%, soit un seuil de significativité $p < 0,05$.

RESULTATS

1. Le diagramme de flux

La population cible de l'étude était composée de 95 sages-femmes. Avec un taux de réponses de 44%, la population finale de l'étude était constituée de 42 sages-femmes.

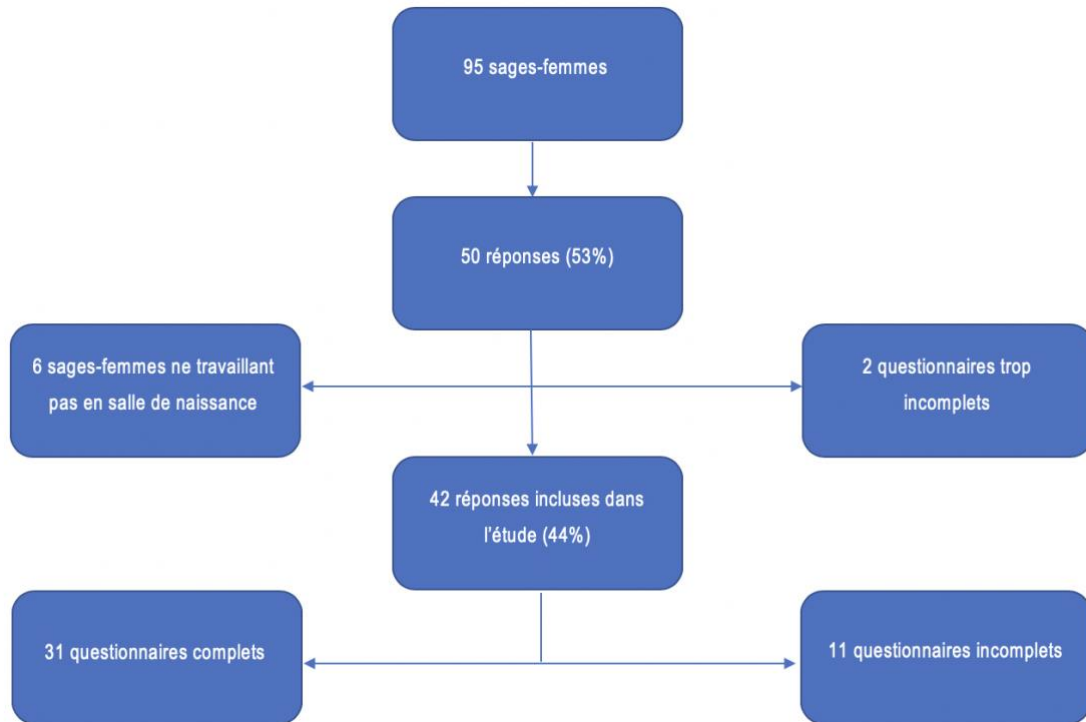


Figure 1 : Diagramme de flux

2. Description de la population

2.1. Caractéristiques générales

La population de sage-femme étudiée comprenait 42 sages-femmes travaillant en salle de naissance dont la totalité effectuaient un exercice uniquement hospitalier (100%). 15 sages-femmes réalisaient des consultations prénatales (36%) et 27 sages-femmes n'en pratiquaient pas (64%). 29 sages-femmes étaient diplômées depuis avant 2012 (69%) et 13 sages-femmes avaient obtenu leur diplôme depuis l'année 2012 ou après (31%).

2.2. Population réalisant des consultations prénatales

Lorsque les sages-femmes répondaient qu'elles effectuaient des consultations prénatales (15/42), il leur était demandé de répondre à des questions visant à connaître les actes techniques ou médicamenteux abordés avec les parents lors des consultations. Parmi ces 15 sages-femmes, 14 d'entre elles (93%) disaient discuter avec les parents de la rupture artificielle de la poche des eaux, 13 (87%) de la pose de cathéter veineux périphérique et du toucher vaginal, 12 (80%) du syntocinon (oxytocine) pour accélérer le travail, 11 (73%) de l'épisiotomie et de la suture des lésions périnéales, et enfin 10 (67%) du syntocinon pour la délivrance dirigée. Le test statistique n'a pas montré de différence significative entre les réponses données par les différents groupes (diplômées avant 2012 / après ou pendant 2012).

LEROLLE Marie Anne | Freins et leviers à l'information des patientes pour obtenir leur consentement éclairé lors du suivi du travail normal en salle de naissance – Étude quantitative, prospective, descriptive, unicentrique auprès des sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

3. Utilisation du projet de naissance en salle de naissance pour favoriser l'information

Le but de ce deuxième groupe de question était d'évaluer le temps pris par les sages-femmes pour lire le projet de naissance rédigé par les futurs parents, pendant le travail. Sur 42 sages-femmes ayant répondu, 17 d'entre elles (40%) disaient prendre « toujours » le temps, 15 (36%) prenaient « souvent » le temps, 7 (17%) disaient prendre « parfois » le temps et seulement 3 (7%) évoquaient le fait de ne « jamais » prendre le temps de lire le projet de naissance avec les parents pendant le travail. Le test statistique n'a pas montré de différence significative entre les réponses données par les différents groupes (diplômées avant 2012 / après ou pendant 2012 ; effectuant des consultations prénatales / n'en effectuant pas).

Parmi les 25 sages-femmes ayant répondu qu'elles ne prenaient pas « toujours » le temps de lire le projet de naissance avec les parents pendant le travail, 17 d'entre elles (68%) ne le faisaient pas par manque de temps, 7 (28%) parce qu'elles considéraient que cela avait déjà été abordé en consultations prénatales et 2 (8%) parce qu'elles pensaient que ce n'est pas la priorité en salle de naissance. 6 sages-femmes (24%) ont répondu qu'elles ne prenaient pas « toujours » le temps pour d'autre(s) raison(s) que celles citées précédemment. Elles ont exprimé le fait qu'elles considéraient que le projet de naissance n'était pas utile pour discuter avec le couple de leurs souhaits et qu'elles préféraient privilégier le dialogue sans l'intermédiaire d'un document écrit.

La deuxième question de ce groupe de question avait pour but d'évaluer la perception des sages-femmes concernant l'utilisation du projet de naissance comme outil pour favoriser l'information de la patiente. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : Ressenti des sages-femmes concernant l'utilité de l'utilisation du projet de naissance pour informer les parents lors du suivi du travail normal

	Groupe 1 ⁱ N1= 28, n(%)	Groupe 2 ⁱⁱ N2=13, n(%)	p(1,2) ⁱⁱⁱ	Groupe 3 ^{iv} N3= 15, n(%)	Groupe 4 ^v N4=26, n(%)	p(3,4) ⁱⁱⁱ
Utilité du projet de naissance pour informer sur :						
La pose du cathéter veineux périphérique	23 (82)	10 (77)	0,69	11 (73)	22 (85)	0,43
Les touchers vaginaux	21 (75)	9 (69)	0,72	10 (67)	20 (77)	0,49
La rupture artificielle de la poche des eaux	23 (82)	10 (77)	0,69	10 (67)	23 (88)	0,12
Le syntocinon en cours de travail	25 (89)	12 (92)	1	12 (80)	25 (96)	0,13
L'antibioprophylaxie en cours de travail	18 (64)	5 (38)	0,12	6 (40)	17 (65)	0,11
L'épisiotomie	26 (93)	12 (92)	1	13 (87)	25 (96)	0,54
Le syntocinon pour la délivrance dirigée	25 (89)	9 (69)	0,18	12 (80)	22 (85)	0,69
La suture des lésions périnéales	20 (71)	8 (62)	0,72	10 (67)	18 (69)	1

ⁱ réponses des sages-femmes étant diplômées depuis avant 2012

ⁱⁱ réponses de sages-femmes étant diplômées pendant ou après 2012

ⁱⁱⁱ p significatif si < 0,05

^{iv} réponses des sages-femmes effectuant des consultations prénatales

^v réponses des sages-femmes n'effectuant pas de consultations prénatales

4. Information de la patiente pendant le travail

Le troisième groupe de question avait pour but d'évaluer le temps pris par les sages-femmes en salle de naissance pour informer la patiente afin d'obtenir son consentement libre et éclairé avant d'effectuer des actes techniques ou médicamenteux pendant le travail normal. Les résultats sont présentés dans les tableaux II et III ci-dessous.

Tableau II : Temps pris par les sages-femmes pour informer les patientes pendant le travail lors de la réalisation d'actes médicamenteux ou techniques

	Groupe 1 ⁱ N1= 28, n(%)	Groupe 2 ⁱⁱ N2=13, n(%)	p (1,2) ⁱⁱⁱ	Groupe 3 ^{iv} N3= 15, n(%)	Groupe 4 ^v N4=26, n(%)	p (3,4) ⁱⁱⁱ
La pose du cathéter veineux périphérique :						
Toujours	17 (61)	4 (31)	0,1	7 (47)	14 (54)	0,66
Souvent	5 (18)	4 (31)	0,43	5 (33)	4 (15)	0,25
Parfois	3 (11)	3 (23)	0,36	2 (13)	4 (15)	1
Jamais	3 (11)	2 (15)	0,64	1 (7)	4 (15)	0,64
Rompre artificiellement la poche des eaux :						
Toujours	23 (82)	9 (69)	0,43	12 (80)	20 (77)	1
Souvent	4 (14)	4 (31)	0,24	3 (20)	5 (19)	1
Parfois	1 (4)	0	1	0	1 (4)	1
Jamais	0	0	1	0	0	1
Introduction du syntocinon en cours de travail :						
Toujours	21 (75)	8 (62)	0,47	10 (67)	19 (73)	0,73
Souvent	5 (18)	3 (23)	0,69	4 (27)	4 (15)	0,43
Parfois	2 (7)	2 (15)	0,58	1 (7)	3 (12)	1
Jamais	0	0	1	0	0	1
Introduction d'une antibioprofylaxie :						
Toujours	22 (79)	6 (46)	0,07	10 (67)	18 (69)	1
Souvent	2 (7)	2 (15)	0,58	2 (13)	2 (8)	0,61
Parfois	1 (4)	2 (15)	0,23	1 (7)	2 (8)	1
Jamais	3 (11)	3 (23)	0,36	2 (13)	4 (15)	1
Faire une épisiotomie :						
Toujours	7 (25)	10 (77)	0,003	7 (47)	10 (38)	0,61
Souvent	13 (46)	3 (23)	0,19	7 (47)	9 (35)	0,45
Parfois	7 (25)	0	0,08	1 (7)	6 (23)	0,23
Jamais	1 (4)	0	1	0	1 (4)	1
Injection du syntocinon pour la délivrance dirigée :						
Toujours	9 (32)	1 (8)	0,13	4 (27)	6 (23)	1
Souvent	7 (25)	4 (31)	0,72	4 (27)	7 (27)	1
Parfois	7 (25)	3 (23)	1	2 (13)	8 (31)	0,28
Jamais	5 (18)	5 (38)	0,24	5 (33)	5 (19)	0,45
Faire la suture de lésions périnéales :						
Toujours	19 (68)	5 (38)	0,08	7 (47)	17 (65)	0,24
Souvent	2 (7)	4 (31)	0,07	4 (27)	2 (8)	0,17
Parfois	2 (7)	2 (15)	0,58	3 (20)	1 (4)	0,13
Jamais	5 (18)	2 (15)	1	1 (7)	6 (23)	0,23

ⁱ réponses des sages-femmes étant diplômées depuis avant 2012

ⁱⁱ réponses de sages-femmes étant diplômées pendant ou après 2012

ⁱⁱⁱ p significatif si < 0,05

^{iv} réponses des sages-femmes effectuant des consultations prénatales

^v réponses des sages-femmes n'effectuant pas de consultations prénatales

Tableau III : Raisons pour lesquelles les sages-femmes ne prennent pas "toujours" le temps d'informer la patiente avant de pratiquer un acte médicamenteux ou technique

La pose du cathéter veineux périphérique		N=20, n(%)
Par manque de temps		0
Parce que c'est un geste fait dans l'urgence		7 (35)
Parce que je ne sais pas comment réagir en cas de refus		1 (5)
Parce que ça a déjà été vu en préparation à l'accouchement		3 (15)
Pour d'autre(s) raison(s)		5 (25)
Absence de réponse		4 (20)
Rompre artificiellement la poche des eaux		N=9, n(%)
Par manque de temps		0
Parce que c'est un geste fait dans l'urgence		3 (33)
Parce que je ne sais pas comment réagir en cas de refus		0
Parce que ça a déjà été vu en préparation à l'accouchement		1 (11)
Pour d'autre(s) raison(s)		1 (11)
Absence de réponse		4 (44)
L'introduction du syntocinon pour accélérer le travail		N=12, n(%)
Par manque de temps		1 (8)
Parce que c'est un geste fait dans l'urgence		0
Parce que je ne sais pas comment réagir en cas de refus		0
Parce que ça a déjà été vu en préparation à l'accouchement		0
Pour d'autre(s) raison(s)		6 (50)
Absence de réponse		5 (42)
L'introduction d'une antibioprofylaxie pendant le travail		N=13, n(%)
Par manque de temps		1 (8)
Parce que c'est un geste fait dans l'urgence		0
Parce que je ne sais pas comment réagir en cas de refus		1 (8)
Parce que ça a déjà été vu en préparation à l'accouchement		1 (8)
Pour d'autre(s) raison(s)		6 (46)
Absence de réponse		4 (31)
Faire une épisiotomie		N=24, n(%)
Par manque de temps		0
Parce que c'est un geste fait dans l'urgence		13 (54)
Parce que je ne sais pas comment réagir en cas de refus		1 (4)
Parce que ça a déjà été vu en préparation à l'accouchement		0
Pour d'autre(s) raison(s)		6 (25)
Absence de réponse		4 (17)
L'injection de syntocinon pour la délivrance dirigée du placenta		N=31, n(%)
Par manque de temps		3 (10)
Parce que c'est un geste fait dans l'urgence		8 (26)
Parce que je ne sais pas comment réagir en cas de refus		1 (3)
Parce que ça a déjà été vu en préparation à l'accouchement		3 (10)
Pour d'autre(s) raison(s)		12 (39)
Absence de réponse		4 (13)
Effectuer la suture des lésions périnéales		N=17, n(%)
Par manque de temps		1 (6)
Parce que c'est un geste fait dans l'urgence		0
Parce que je ne sais pas comment réagir en cas de refus		4 (24)
Parce que ça a déjà été vu en préparation à l'accouchement		2 (12)
Pour d'autre(s) raison(s)		7 (41)
Absence de réponse		3 (18)

Parmi les sages-femmes ayant répondu qu'elles ne prenaient pas « toujours » le temps d'informer la patiente pendant le travail pour « d'autre(s) raison(s) » que celles proposées :

- 4 des 5 sages-femmes (80%) ont expliqué que la pose du cathéter veineux périphérique est une indication médicale et que par conséquent, elles informaient les patientes avant de le poser mais n'attendaient pas de consentement de leur part. Une sage-femme (20%) n'a pas précisé quelle était la raison autre.
- Concernant la rupture de la poche des eaux, une sage-femme (100%) a coché la réponse « autre(s) raison(s) » mais n'a pas argumenté ce choix.

- 2 des 6 sages-femmes (33%) ont expliqué qu'elles informaient la patiente de l'introduction du syntocinon pour accélérer le travail mais qu'elles n'attendaient pas de consentement de leur part étant donné que c'est un traitement posé sur indication médicale. 1 des 6 sages-femmes (17%) a dit qu'elle ne savait pas pourquoi elle n'informait pas la patiente pour obtenir son consentement éclairé avant d'introduire le syntocinon en cours de travail. 3 sages-femmes (50%) ont coché la réponse « autre(s) raison(s) » mais n'ont pas précisé pourquoi elles avaient fait ce choix.
- 3 des 6 sages-femmes (50%) ont exprimé le fait que l'introduction d'une antibioprophylaxie est une indication médicale et que par conséquent, elles informaient les patientes avant la pose mais n'attendaient pas de consentement de leur part. 1 des sages-femmes ayant répondu cela a rajouté que l'indication médicale concernait le nouveau-né à venir, et se demandait, de ce fait, si le consentement de la mère pour cet acte était pertinent. 3 sages-femmes (50%) ont coché la réponse « autre(s) raison(s) » mais ne l'ont pas justifié.
- 2 des 6 sages-femmes (33%) ont expliqué qu'elles prenaient le temps de discuter de l'épisiotomie en amont avec la patiente pour s'assurer que celle-ci n'opposait pas de refus catégorique mais qu'elles ne prévenaient pas au moment du geste. 4 sages-femmes (67%) ont coché la réponse « autre(s) raison(s) » mais n'ont pas argumenté leur choix.
- Concernant l'injection du syntocinon pour la délivrance dirigée du placenta, 5 sages-femmes sur 12 (42%) ont évoqué le fait de ne pas informer la patiente lors de la pratique du geste. Une d'entre elle le justifiait par le fait que la patiente est souvent occupée avec le nouveau-né et n'écoute plus ce qu'on lui dit à ce moment-là tandis que deux autres l'expliquaient par le fait que c'est une recommandation de la HAS et que la patiente ne peut pas refuser. 2 autres sages-femmes (17%) informaient les patientes au moment de la préparation de l'injection pendant le travail mais pas au moment du geste. 5 sages-femmes (42%) ont coché la réponse « autre(s) raison(s) » mais n'ont pas précisé pourquoi elles avaient fait ce choix.
- Enfin, concernant les sutures des lésions périnéales, 4 des 7 sages-femmes (57%) ont expliqué informer les patientes de la nécessité de la suture mais ne pas attendre leur consentement étant donné la présence d'une indication médicale. 3 sages-femmes (43%) ont coché la réponse « autre(s) raison(s) » mais n'ont pas justifié leur choix.

4.1. Information pour obtenir le consentement de la patiente avant d'effectuer un toucher vaginal

Concernant le toucher vaginal, sur 31 sages-femmes ayant répondu à la question, 30 sages-femmes (97%) demandaient le consentement de la patiente avant de pratiquer chaque toucher vaginal. 1 d'entre elle (3%) le faisait uniquement avant de pratiquer le premier toucher vaginal parce qu'elle considérait que si la patiente n'est pas d'accord à un moment donné, elle le lui dirait avant qu'elle ne pratique le toucher vaginal.

Le test statistique n'a pas montré de différence significative entre les réponses données par les différents groupes (diplômées avant 2012 / après ou pendant 2012 ; effectuant des consultations prénatales / n'en effectuant pas).

4.2. Traçabilité de l'information donnée à la patiente dans le dossier obstétrical

Les résultats concernant la traçabilité de l'information dans le dossier obstétrical sont présentés dans le diagramme suivant :

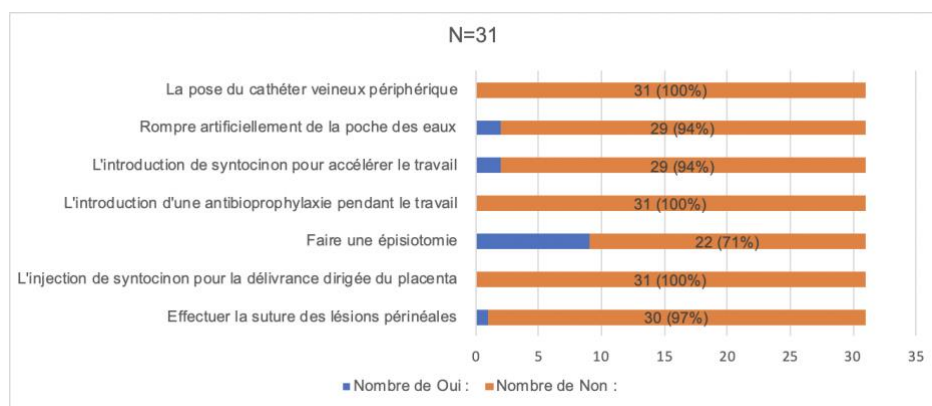


Figure 2 : Traçabilité de l'information donnée à la patiente dans le dossier obstétrical

Le test statistique n'a pas montré de différence significative entre les réponses données par les différents groupes (diplômées avant 2012 / après ou pendant 2012 ; effectuant des consultations prénatales / n'en effectuant pas).

5. Information *a posteriori* de la patiente en cas de situation d'urgence

28 (90%) des 31 sages-femmes ayant répondu à la question disaient prendre le temps d'informer la patiente des actes médicamenteux ou techniques qu'elles avaient effectués dans l'urgence *a posteriori*. Le test statistique n'a pas montré de différence significative entre les réponses données par les différents groupes (diplômées avant 2012 / après ou pendant 2012 ; effectuant des consultations prénatales / n'en effectuant pas).

6. Formation des sages-femmes sur l'information des patientes

Le dernier groupe de question concernait le ressenti des sages-femmes à propos de leur formation sur l'information des patientes dans le but d'obtenir leur consentement éclairé avant d'effectuer un acte technique ou médicamenteux lors du suivi du travail. Il avait également pour but de permettre aux sages-femmes de suggérer des points qui selon elles permettraient d'améliorer cette information.

Parmi les 9 sages-femmes n'ayant reçu aucune formation au cours de l'année 2019, tous sujets confondus, 1 (11%) pensait être assez formée concernant l'information à donner aux patientes afin d'obtenir leur consentement éclairé contre 8 (89%) qui trouvaient qu'elles ne l'étaient pas assez.

6 sages-femmes ont eu moins de 1 jour de formation dans l'année 2019, tous sujets confondus. 4 (67%) se déclaraient être assez formées alors que 2 d'entre elles (33%) évoquaient le fait qu'elles trouvaient ne pas l'être assez.

Parmi les 13 sages-femmes ayant eu moins de 1 semaine de formation dans l'année 2019, tous sujets confondus, 6 (46%) pensaient être assez formées contre 7 d'entre elles (54%) qui disaient ne pas l'être assez.

Enfin les 3 sages-femmes (100%) ayant eu moins de 1 mois de formation dans l'année 2019, tous sujets confondus, ont déclaré se sentir assez formées sur l'information des patientes dans le but d'obtenir leur consentement éclairé avant d'effectuer un acte technique ou médicamenteux lors du suivi du travail.

Le test statistique a montré une différence significative entre les réponses de sages-femmes effectuant des consultations prénatales et celles n'en pratiquant pas. Les sages-femmes effectuant des consultations prénatales se sentent moins formées sur l'information de la patiente pour obtenir son consentement éclairé que celles n'en pratiquant pas. Par contre, le test n'a pas montré de différence significative entre les réponses données par les sages-femmes diplômées depuis avant l'année 2012 et celles données par les sages-femmes diplômées depuis l'année 2012 ou après.

Les axes d'amélioration proposés par les sages-femmes pour permettre une meilleure information de la patiente afin d'obtenir son consentement éclairé sont les suivants :

- Être plus formés à ce sujet en formation continue.
- Donner l'information en amont, en consultations prénatales et lors des cours de préparation à l'accouchement, comme on n'a pas toujours le temps de le faire en salle de naissance.
- Effectuer des simulations de situation clinique afin de ne pas appréhender la possibilité que la patiente ne donne pas son consentement et afin de savoir comment réagir dans cette situation.
- Rédiger une plaquette d'information sur les actes techniques et médicamenteux pouvant être utilisés lors du suivi du travail normal et le donner aux patientes à la consultation du 8^{ème} mois pour pouvoir en rediscuter avec elles au 9^{ème} mois.

DISCUSSION

1. Biais et limites de l'étude

Cette étude a été limitée par le fait qu'elle est unicentrique au CHU d'Angers. Seulement 95 questionnaires ont été envoyés. Cependant, le point fort de cette étude est que le nombre de questionnaires recueillis était de 50 et que par conséquent, le taux de réponse était de 53%. Il s'agissait d'une étude descriptive ce qui correspond au faible niveau de preuve scientifique (niveau 4 – Grade C), selon la classification de la HAS. **(7)**

Des biais de déclaration et de compréhension étaient présents du fait qu'un auto-questionnaire a été utilisé pour cette étude. Cependant, le biais de compréhension a été réduit par le test du questionnaire effectué par quatre sages-femmes au préalable, celui-ci ayant permis d'effectuer des modifications en tenant compte des difficultés rencontrées. La transmission du questionnaire par courrier électronique a induit un biais de recrutement puisque seuls les professionnels ayant communiqué leur adresse mail à la sage-femme en charge de la « mailing-list » du CHU d'Angers ont pu être contactés. Enfin, cette étude présente également un biais de sélection, puisque malgré un taux de participation de 53% (50/95), il existe des sujets ayant été sélectionnés qui n'ont pas répondu à l'enquête. Pour limiter ce biais, deux relances ont été réalisées afin d'inciter les professionnels de santé concernés à répondre au questionnaire.

2. Analyse des principaux résultats et comparaison

L'étude réalisée avait pour objectif d'évaluer les pratiques des sages-femmes en salle de naissance concernant l'information de la patiente et l'obtention de son consentement éclairé, avant toute intervention médicamenteuse ou technique, lors du suivi de l'accouchement normal.

2.1. Utilisation du projet de naissance

Bien que des progrès restent à faire concernant la lecture du projet de naissance par les sages-femmes en salle de naissance avec les futurs parents, selon notre étude, 76% (32/42) des sages-femmes prennent « toujours » et « souvent » le temps de le faire. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la HAS a mis en avant l'importance du projet de naissance comme étant un outil de communication élaboré par le couple permettant aux professionnels de santé de répondre à leurs questions. **(6)** Une revue systématique de la littérature a révélé que le projet de naissance a un effet bénéfique sur l'issue de l'accouchement et la satisfaction des femmes. **(8)** Les sages-femmes du CHU d'Angers trouvent pour la majorité d'entre elles que le projet de naissance est utile pour informer les futurs parents sur les actes techniques et médicamenteux les plus fréquemment rencontrés lors du travail normal.

2.2. Information et consentement concernant l'épisiotomie

Dans notre étude, 77% (10/13) des sages-femmes diplômées depuis l'année 2012 ou après prennent toujours le temps d'informer les patientes dans le but d'obtenir leur consentement avant de pratiquer l'épisiotomie. Cependant, seulement 25% (7/28) des sages-femmes diplômées avant 2012 disent toujours le faire. Cette différence significative entre les deux groupes peut s'expliquer par le fait que les jeunes diplômées sont plus sensibilisées sur l'importance
LEROLLE Marie Anne | Freins et leviers à l'information des patientes pour obtenir leur consentement éclairé lors du suivi du travail normal en salle de naissance – Étude quantitative, prospective, descriptive, unicentrique auprès des sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

de l'information et de la recherche du consentement concernant les épisiotomies lors de leurs études. Les sages-femmes disant ne pas toujours prendre le temps d'informer la patiente avant d'obtenir son consentement l'expliquent pour plus de la moitié d'entre elles (54%= 13/24) par le fait que c'est un geste effectué dans l'urgence. Cependant, l'épisiotomie est une incision chirurgicale qui doit être effectuée au moment où la tête fœtale est au grand couronnement, lorsque le périnée est amplifié et que la patiente pousse. Cet acte peut être anticipé et un petit temps peut être pris pour informer la patiente et obtenir son consentement. Ceci est d'autant plus vrai si une information avait déjà été donnée en amont.

Une enquête menée par le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) en 2013 auprès de 9783 patientes avait montré que l'information avant de faire une épisiotomie s'améliore puisque 59% des femmes se sentaient assez informées. Mais 85% des épisiotomies sont faites sans le consentement de la patiente. Lorsque le consentement était demandé, 7 femmes sur 10 acceptaient la pratique de l'épisiotomie. Le consentement joue un rôle dans le vécu de l'épisiotomie puisque 65% des femmes à qui on avait demandé le consentement avaient souffert contre 78% des femmes à qui on avait fait l'épisiotomie sans consentement. **(9)** C'est pour toutes ces raisons que nous pouvons en conclure que l'information des futurs parents pendant le travail sur l'épisiotomie est nécessaire, même si cet acte est de moins en moins pratiqué.

2.3. Information et consentement lors de la suture des lésions périnéales

Seulement 59% (24/41) des sages-femmes du CHU d'Angers informent toujours les patientes au moment de la réalisation de la suture des lésions périnéales. Les principales raisons de ce manque d'information sont dans 24% des cas (4/17), parce que les sages-femmes disent ne pas savoir comment réagir en cas de refus. Dans 24% des cas (4/17), les sages-femmes informent les patientes mais n'attendent pas de consentement de leur part car elles considèrent que c'est un acte fait sur indication médicale et que par conséquent, le consentement n'est pas nécessaire. Même si la suture est un acte indispensable, selon la loi du 4 mars 2002, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la patiente.

2.4. Information et consentement lors de la direction du travail

2.4.1. Rupture de la poche des eaux

Concernant la direction du travail par la rupture de la poche des eaux ou par l'introduction d'oxytocine, l'information des patientes dans le but d'obtenir leur consentement est bien réalisée par les sages-femmes du CHU d'Angers même si elle pourrait encore être améliorée. En effet, 78% (32/41) des sages-femmes prennent toujours le temps d'en discuter avec les futurs parents avant de rompre la poche des eaux. Les sages-femmes disant ne pas toujours prendre le temps d'informer les patientes l'expliquent pour 33% d'entre elles (3/9) par le fait que parfois, ce geste est effectué dans l'urgence. La charte de la personne hospitalisée rappelle que le devoir d'assistance du médecin doit l'emporter sur le refus de soins dans les situations d'urgence où le pronostic vital est engagé. **(3)** Cela pourrait permettre de justifier l'absence de recherche de consentement de la patiente lorsque le pronostic vital du fœtus est engagé. Cependant, pénalement, le fœtus ne possède pas le statut juridique de personne humaine à part entière. Par conséquent, le devoir d'assistance du fœtus n'est juridiquement pas une raison suffisante pour ne pas demander le consentement à la patiente.

LEROLLE Marie Anne | Freins et leviers à l'information des patientes pour obtenir leur consentement éclairé lors du suivi du travail normal en salle de naissance – Étude quantitative, prospective, descriptive, unicentrique auprès des sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

2.4.2. Oxytocine

Dans notre étude, seulement 71% (29/41) des sages-femmes prennent toujours le temps de discuter avec les parents avant de mettre en place la perfusion d'oxytocine. 17% des sages-femmes ayant dit ne pas toujours les informer, ont précisé qu'elles informaient toujours les patientes de l'introduction du syntocinon mais qu'elles ne recherchaient pas leur consentement étant donné que c'est un traitement posé sur une indication médicale. Or, comme dit précédemment selon la loi du 4 mars 2002, aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la patiente. (2)

Le CIANE a mené une enquête en 2012 pendant laquelle il avait interrogé 3979 patientes sur leur ressenti concernant l'information pour la direction du travail. Il avait d'abord montré que les femmes n'étaient pas tout le temps prévenues de l'administration de l'oxycine. Parmi les femmes qui disaient avoir reçu de l'oxytocine, seulement 46% avaient eu l'impression d'avoir eu assez d'information et 56% n'avaient pas eu l'occasion d'exprimer leur consentement. (9,10) L'information et l'obtention du consentement de la patiente lors de la direction du travail par la sage-femme jouent un rôle important dans le vécu de l'accouchement.

L'information donnée à la patiente avant d'introduire l'oxytocine pour favoriser la délivrance du placenta n'est pas non plus optimale puisque seulement 24% des sages-femmes disent toujours informer les patientes. Les principales raisons de ce manque d'information sont pour 26% des cas, parce que c'est un geste effectué dans l'urgence et pour 16% des cas parce qu'il y a une indication médicale.

2.5. Information et consentement lors de la pose du cathéter périphérique ou lors de l'introduction d'une antibioprofylaxie

Dans notre étude, 51% des sages-femmes (21/41) prennent toujours le temps d'informer les patientes avant de poser le cathéter veineux périphérique, et 68% (28/41) avant d'introduire une antibioprofylaxie. A notre connaissance, aucune étude n'a été menée auprès des patientes concernant leur information avant la pose du cathéter veineux périphérique et l'introduction de l'antibioprofylaxie en cours de travail. A partir du moment où un patient est hospitalisé, la pose du cathéter veineux périphérique est systématique. On peut donc penser que si la question était posée dans d'autres services, les résultats seraient identiques. Concernant l'antibioprofylaxie, 1 sage-femme (1/13) a exprimé le fait que l'introduction de ce médicament concernait le nouveau-né à venir et se demandait si le consentement de la mère pour cet acte était pertinent. Cependant, l'antibioprofylaxie n'a pas seulement pour visée de protéger l'enfant mais a également pour objectif de protéger la mère du risque d'endométrite qui est plus important. C'est pourquoi le consentement de la mère est important.

2.6. Information et consentement lors des touchers vaginaux

Concernant les touchers vaginaux, les résultats sont très bons puisque 97% (30/31) des sages-femmes du CHU d'Angers ont déclaré demander le consentement de la patiente avant de pratiquer chaque toucher vaginal. Une seule sage-femme le fait uniquement avant de pratiquer le premier toucher vaginal parce qu'elle considère que si la patiente n'est pas d'accord à un moment donné, elle le lui dira avant.

2.7. Information *a posteriori* après un geste effectué dans l'urgence

Les résultats sont également très bons concernant la prise de temps pour informer la patiente *a posteriori* des actes médicamenteux ou techniques effectués dans l'urgence puisque 90% (28/31) des sages-femmes ont déclaré le faire. Lors de son enquête menée en 2012 sur le respect des souhaits et du vécu de l'accouchement, le CIANE avait mis en avant le fait que 71% des femmes dont les souhaits n'avaient pas été respectés pendant l'accouchement étaient demandeuses d'échanges *a posteriori* avec les professionnels qui les avaient accompagnés pendant l'accouchement. (9)

2.8. Traçabilité de l'information dans le dossier médical

Des progrès sont à faire en matière de traçabilité de l'information donnée dans le dossier obstétrical. En effet, si l'information de la patiente est notée par 29% (9/31) des sages-femmes en ce qui concerne l'épisiotomie, elle n'est pas faite par 94% (29/31) des sages-femmes pour la direction du travail par la rupture artificielle de la poche des eaux et l'introduction du syntocinon pour accélérer le travail. De même, elle n'est pas retranscrite par 97% (30/31) des sages-femmes pour la suture des lésions périnéales. Enfin, aucune sage-femme ne note l'information donnée à la patiente dans le dossier obstétrical lors de la pose du cathéter veineux périphérique, de l'introduction d'une antibioprophylaxie pendant le travail ou lors de l'introduction du syntocinon pour la délivrance dirigée du placenta. Ces résultats ne sont pas en accord avec les recommandations de la HAS, puisque celle-ci préconise la traçabilité des informations majeures données à la patiente, tout en décrivant par qui elles ont été données, à quelle date et quelles difficultés ont été rencontrées lors de leur délivrance. En effet, ces mentions sont un moyen de preuve en cas de litige. (4) Ce manque de traçabilité peut s'expliquer par le fait que l'accouchement est un acte naturel. Par conséquent, il est plus compliqué d'informer les patientes sur tous les actes médicamenteux et techniques qui seront pratiqués au cours du suivi du travail. De nombreux cas de jurisprudence existent concernant des patients reprochant aux professionnels de santé un défaut d'information sur les complications pouvant arriver pendant le travail et l'accouchement. Mais la jurisprudence n'a pas retenu le défaut d'information dans ces cas-là. Les seules fois où le défaut d'information a été retenu sont les fois où la césarienne n'a pas été proposée en amont. (11–13)

2.9. Formation des sages-femmes

Enfin, 55% (17/31) des sages-femmes ne se sentent pas assez formées concernant l'information des patientes afin d'obtenir leur consentement. Les sages-femmes effectuant des consultations prénatales sont 90% (9/10) à se sentir insuffisamment formées à ce sujet contrairement aux sages-femmes n'effectuant pas de consultations prénatales qui ne sont que 38% (8/21). Pourtant, ces deux groupes de sages-femmes présentent à peu près le même nombre de jours de formation, tous sujets confondus, pendant une année. Cette différence significative peut s'expliquer par le fait que les sages-femmes effectuant des consultations prénatales se sentent encore plus concernées par l'information de la patiente puisqu'elles sont les premières actrices de cette information.

CONCLUSION

Au CHU d'Angers, l'information des patientes par les sages-femmes concernant les actes médicamenteux et techniques est globalement bien réalisée. Cependant, des améliorations sont nécessaires concernant la recherche d'un consentement des patientes lors de la délivrance de l'information et avant la réalisation du geste. Pour améliorer la délivrance de l'information et la recherche du consentement, les sages-femmes ont proposé d'avoir plus de formation continue à ce sujet. Elles seraient intéressées par la réalisation d'une simulation mettant en scène une patiente refusant un acte technique ou médicamenteux après information. Cela leur permettrait de moins appréhender les situations de refus. De plus, elles aimeraient bien qu'une plaquette d'information sur les actes techniques et médicamenteux soit rédigée et distribuée aux patientes au 8^{ème} mois. Cela leur permettrait d'en rediscuter avec les patientes au 9^{ème} mois.

La traçabilité de l'information donnée aux patientes dans le dossier obstétrical étant très rarement faite, il pourrait être intéressant de revoir la configuration du dossier obstétrical afin que celle-ci soit favorisée. Nous pourrions, par exemple, rajouter des cases pré-remplies à cocher lorsque l'information a été donnée. En effet, la principale raison pour ce manque de traçabilité évoquée par les sages-femmes est le manque de temps.

Enfin, il serait intéressant de mener une étude prospective auprès des patientes pour connaître leur ressenti sur l'information donnée par les sages-femmes lors du suivi du travail normal.

BIBLIOGRAPHIE

1. Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 17 oct 2019].
2. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
3. La charte de la personne hospitalisée - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/la-charte-de-la-personne-hospitalisee>
4. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
5. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
6. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
7. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux
8. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process [Internet]. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015005072583&lng=en&nrm=iso&tlng=en
9. Boufferet P. Enquête Accouchement [Internet]. CIANE. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://ciane.net/publications/enquete-accouchement/>
10. Enquête Nationale Périnatale 2016 [Internet]. EPOPé. [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>
11. CAA de DOUAI, 2ème chambre - formation à 3, 07/12/2017, 15DA00061-15DA00166, Inédit au recueil Lebon [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?jsessionid=8FFF254F09875E1F72A6722ADEB2AF6B.tplgr41s_2?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000036192686&fastReqlD=869901438&fastPos=114
12. CAA de BORDEAUX, 2ème chambre - formation à 3, 28/05/2019, 17BX01806, Inédit au recueil Lebon [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000038530322>
13. Bordeaux C administrative d'appel de France, Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre - formation à 3, 24 janvier 2017, 14BX02494 [Internet]. AHJUCAF; 2017 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: juricaf.org/arret/FRANCE-COURADMINISTRATIVEDAPPELDEBORDEAUX-20170124-14BX02494

ANNEXES

1. Questionnaire Limesurvey de l'étude :

Bonjour,

Dans le cadre de mes études de sage-femme, je réalise un mémoire sur « L'information des patientes afin d'obtenir leur consentement éclairé avant la réalisation des actes techniques et médicaux en salle de naissance lors du suivi du travail normal ». Je souhaiterais interroger les sages-femmes travaillant en salle de naissance au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers.

Je sollicite donc votre participation et vous remercie de prendre le temps de répondre au questionnaire suivant.

La durée pour répondre au questionnaire est de 5 minutes environ.

Il y a 18 questions dans ce questionnaire.

Celui-ci est anonyme.

Cordialement,

Marie-Anne Lerolle étudiante sage-femme en 5ème année à l'école d'Angers

Partie A: Partie A : Population

A1. Travaillez-vous en salle de naissance ?

Oui

Non

A2. Exercez-vous .. ?

Uniquement en hospitalier

En hospitalier et en libéral

A3. Effectuez-vous des consultations prénatales ?

Oui

Non

A4. Discutez-vous des interventions médicales et techniques possibles lors du travail avec les futurs parents lors des consultations prénatales ?

	Oui	Non
Pose du cathéter veineux périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toucher vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rupture de la poche des eaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syntocinon en cours de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épisiotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syntocinon pour la délivrance dirigée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suture en cas de lésions périnéales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Depuis quand êtes-vous diplômé (e)?

Avant l'année 2012

Pendant ou après l'année 2012

Partie B: Partie B : Utilisation du projet de naissance en salle de naissance

B1. Pendant le travail, prenez-vous le temps de relire le projet de naissance avec les parents pour répondre à leurs questions ? :

Toujours

Souvent

Parfois

Jamais

B2. Si la réponse à la question précédente n'est pas "toujours", quelle(s) en est (sont) la (les) raison(s) ?

Par manque de temps

Parce que cela a déjà été abordé en consultation prénatale

Parce que ce n'est pas la priorité en salle de naissance

Autre

Autre

B3. Pensez-vous que l'élaboration d'un projet de naissance par les futurs parents permet d'anticiper l'information sur :

	Oui	Non
Pose du cathéter veineux périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toucher vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rupture de la poche des eaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syntocinon en cours de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibioprophylaxie en cours de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épisiotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syntocinon pour la délivrance dirigée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suture en cas de lésions périnéales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie C: Partie C: Pendant le travail

C1. Prenez-vous le temps d'informer la patiente pour obtenir son consentement libre et éclairé pour :

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Poser un cathéter veineux périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rompre artificiellement la poche des eaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introduire du syntocinon pour accélérer le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introduire une antibioprophylaxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire une épisiotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injecter du syntocinon pour la délivrance dirigée du placenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer une suture des lésions périnéales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Si la réponse à la question précédente n'est pas toujours, quelle(s) est (sont) la (les) raison(s) ?

	Manque de temps	Geste fait dans l'urgence	Je ne sais pas comment réagir en cas de refus	Déjà vu en préparation à l'accouchement	Autre(s) raison(s)
Pose de cathéter veineux périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rupture artificielle de la poche des eaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syntocinon pendant le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibioprophylaxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épisiotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syntocinon pour la délivrance dirigée du placenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suture des lésions périnéales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- C3. Si "autres raisons", précisez: **Pose de cathéter veineux périphérique**
Précisez
- C4. Si "autres raisons", précisez: **Rupture artificielle de la poche des eaux**
Précisez
- C5. Si "autres raisons", précisez: **Introduction de syntocinon pour accélérer le travail**
Précisez
- C6. Si "autres raisons", précisez: **Introduction d'une antibioprofylaxie**
Précisez
- C7. Si "autres raisons", précisez: **Episiotomie**
Précisez
- C8. Si "autres raisons", précisez: **Injection de syntocinon pour la délivrance dirigée du placenta**
Précisez
- C9. Si "autres raisons", précisez: **Suture des lésions périnéales**
Précisez

C10. **Demandez-vous le consentement de la patiente seulement avant de pratiquer le premier toucher vaginal ou à tous les touchers vaginaux ?**

Seulement avant de pratiquer le premier toucher vaginal

A tous les touchers vaginaux

C11. **Pourquoi ne demandez-vous pas le consentement à tous les touchers vaginaux?**

Parce que je considère que si elle a dit oui une fois, c'est qu'elle sera tout le temps d'accord

Parce que je considère que si elle n'est pas d'accord à un moment donné, elle me le dira avant que je pratique le toucher vaginal

Parce que je ne sais pas comment réagir en cas de refus

Autre

Autre

C12. Prenez-vous le temps d'écrire dans le dossier que vous avez informé la patiente pour :

	Oui	Non
La pose du cathéter veineux périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La rupture artificielle de la poche des eaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'introduction du syntocinon pour accélérer le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l'introduction d'une antibioprofylaxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'épisiotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'injection de syntocinon pour la délivrance dirigée du placenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La suture des lésions périnéales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie D: Partie D : En cas d'urgence :

D1. Si vous n'avez pas eu le temps avant, prenez-vous le temps d'informer la patiente des actes médicaux ou techniques que vous avez effectués à postériori ?

Oui

Non

Partie E: Partie E: Formation

E1. Combien de temps de formation, tous sujets confondus, avez-vous reçu en 2019 ?

Aucune

< 1 jour

< 1 semaine

< 1 mois

Plus de 1 mois

E2. Vous sentez-vous assez formé sur l'information des patientes afin d'obtenir leur consentement éclairé ainsi que sur l'importance de la traçabilité de cette information dans le dossier ?

Oui

Non

E3. Avez-vous des propositions afin d'améliorer l'information de la patiente et l'obtention de son consentement éclairé pour les actes techniques et médicaux cités précédemment lors du suivi du travail normal ?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux	6
Figure 2 : Traçabilité de l'information donnée à la patiente dans le dossier obstétrical	11

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Ressenti des sages-femmes concernant l'utilité de l'utilisation du projet de naissance pour informer les parents lors du suivi du travail normal	7
Tableau II : Temps pris par les sages-femmes pour informer les patientes pendant le travail lors de la réalisation d'actes médicamenteux ou techniques	8
Tableau III : Raisons pour lesquelles les sages-femmes ne prennent pas "toujours" le temps d'informer la patiente avant de pratiquer un acte médicamenteux ou technique	9

RÉSUMÉ

Contexte : Le 26 juin 2018, le HCE a publié un rapport définissant les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical suite à de nombreux témoignages sur les violences obstétricales. Les actes sexistes ont été définis comme étant les refus d'actes par les professionnels non justifiés médicalement et l'exercice d'acte sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix de la patiente. L'information des patients afin d'obtenir leur consentement éclairé est préconisée par le Code Civil avant d'effectuer tout acte technique ou médicamenteux. Cette obligation a été rappelée par la loi Kouchner du 4 mars 2002 sur les droits des patients.

Objectifs : Le but était de d'évaluer les pratiques des sages-femmes en salle de naissance concernant l'information des patientes dans le but d'obtenir leur consentement éclairé avant toute intervention médicamenteuse ou technique lors du suivi de l'accouchement normal.

Matériels et Méthodes : Étude quantitative, prospective, descriptive, unicentrique effectuée par auto-questionnaire du 27 novembre 2019 au 5 février 2020 auprès des sages-femmes exerçants à la maternité du CHU d'Angers.

Résultats : Au CHU d'Angers, l'information des patientes par les sages-femmes lors du suivi du travail normal est globalement bien réalisée. Elle est toujours faite dans plus de 50% des cas avant de réaliser une épisiotomie, de suturer les lésions périnéales, de diriger le travail, de poser un cathéter veineux périphérique, une antibioprofylaxie ou encore de faire un toucher vaginal. Cependant, des progrès restent à faire concernant l'obtention du consentement et la traçabilité de cette information dans le dossier obstétrical.

Conclusion : Pour améliorer l'information donnée aux patientes, il serait intéressant d'optimiser la formation initiale des sages-femmes et de proposer des simulations in situ axées sur la réaction à avoir en cas de refus de soin par une patiente. Il serait également intéressant de rédiger une plaquette d'information sur les actes techniques et médicamenteux pouvant être réalisés au cours du travail normal, pour que les sages-femmes puissent plus aisément aborder le sujet avec les patientes en consultation prénatale et préparation à l'accouchement.

Mots-clés : Sages-femmes, information éclairée, consentement, travail normal

ABSTRACT

Context: On 26 June 2018, the HCE published a report defining sexist acts during the gynecological and obstetrical follow-up after numerous testimonies about obstetric violences. Sexist acts were defined as medically unjustified refusals of acts by professionals and the exercise of acts without obtaining consent or without respecting the patient's choice. The patient's information in order to obtain their informed consent is recommended by the French Civil Code before carrying out any technical or medicinal act. The obligation was recalled by the Kouchner Law of 4 March 2002 on patient's rights.

Objective: The goal was to assess midwifery practices regarding patient information in order to obtain informed consent before any medicinal or technical intervention during the delivery monitoring.

Material and method: Quantitative, prospective, descriptive, unicentric study carried out by a survey from 27 November 2019 to 5 February 2020 among midwives practicing at the maternity of Angers hospital.

Results: At Angers hospital, midwifery information on patients during the monitoring of delivery is generally well done. More than half midwives always inform patients before performing an episiotomy, suturing the perineal lesions, breaking the waters, placing the peripheral venous catheter, antibioprofylaxis, oxytocin or making a vaginal touch. However, progress remains to be made in obtaining consent and traceability of this information in the obstetrical record.

Conclusion: To improve the information provided to patients, it would be interesting to optimize the initial training of midwives and to propose in situ situations focused on the response to have in front of refusal of care by a patient. It would also be interesting to draw up an information booklet on the technical and medicinal procedures that can be carried out during normal delivery, to make it easier for midwives to approach patients in prenatal consultation and preparation for childbirth.

Keywords: Midwife, midwifery, patient's information, consent, agreement, delivery