

CONSENTEMENT A L'EPISIOTOMIE A PROPOS DE 331 CAS AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO

Consent To The Episiotomy About 331 Cases At The Health Reference Center Of The "Commune I" Of The District Of Bamako

¹COULIBALY Mamady, ²THERA Japhet P, ³SAMAKE Sékou Z, ⁴TRAORE Alassane, ⁵KEITA S, ⁶GUINDO Oumar, ⁷DICKO B, ⁸DIASSANA Michel, ⁹KANIKOMO D, ¹⁰DAO Sounkalo.

1-Service de santé de la Direction Générale de la Police Nationale ; 2-CHU de l'Institut d'Ophthalmologie Tropical d'Afrique ; 3-Centre de sante de référence de la commune I du District de Bamako ; 4-Service de gynécologie Obstétrique Hôpital du Mali ; 5-Service de Chirurgie CHU du Point G ; 6-Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ; 7- Service de Médecine Légale CHU du Point G ; 8-Tribunal de Grande Instance de Banamba ; 9-Service de Neurochirurgie et de Médecine Légale CHU Gabriel TOURE ; 10-Service des Maladies Infectieuses CHU du Point G.

Correspondant : COULIBALY Mamady Médecin légiste Service de santé de la Direction Générale de la Police Nationale, Tél. (+223) 66 59 54 13, Email Medecom1@gmail.com

ABSTRACT

Episiotomy is a surgical act performed during childbirth to widen the vaginal opening; like any other medical procedure, its benefits and risks must be made known to patients in accordance with the legal and regulatory provisions of each country. The principle of immunity of the human body makes that the consent in the care is the keystone of the doctor-patient relationship, this consent is the first legitimization of the medical act. The consent has to «be free and lit» as far as the decision of the patient must be taken without any constraint or pressure having obtained all the necessary information. This practice is not respected most of the time in our countries in spite of the fact that it's not observance engages the responsibility of the practitioner. **Objective:** Study the consent of women who have undergone an episiotomy at the reference health center of "commune I" in the District of Bamako. **Method and material:** This is a prospective cross-sectional study conducted at the Obstetric Gynecology Department of the "Commune I" Health Center of the Bamako District from March 1, 2010 to February 29, 2012, involving 331 patients. We conducted the history and physical examination of women seen in post natal consultation who had undergone an episiotomy, a survey sheet was completed for each of them meeting our criteria. Data capture and analysis was done on SPSS 18; the texts and tables were processed on Microsoft Word Office 2007 software; Graphic representations were processed on Microsoft Excel Office 2007. **Ethical aspects:** Women were informed of the study's objectives and interests; Confidential and anonymous insurance. **Results:** In our study the practice of the episiotomy concerned 32, 19 % of the cases of assisted childbirths. The average age of the patients was of 25 years with extremes going of 14-46 years, the rigidity of the perineum was the main indication of the episiotomy in 41.1% of cases. Only 32.02% of the participants were previously informed prior to the practice of episiotomy. The information given was well understood in the same proportions is 32, 02% of cases and the assent lit with the episiotomy was obtained in 29.31%. of cases. The information given was well understood in the same proportions of 32.02% of cases and informed consent to episiotomy was obtained in 29.31% of cases. **Conclusion:** In our study, the majority of our women have undergone episiotomy without any consent; the respect of the fundamental rights of the sick by health personnel, through the search for free and informed consent throughout the process of care, any breach of this duty constitutes a violation of the legal and ethical provisions. **Keywords:** Consent-episiotomy-Perineum-birth-Bamako.

RESUME

L'épisiotomie est un acte chirurgical pratiqué au cours de l'accouchement pour élargir l'orifice vaginal ; comme tout autre acte médical, ses avantages et risques doivent être mis à la connaissance des patients conformément aux dispositions légales et réglementaires de chaque pays. Le principe d'inviolabilité du corps humain fait que le consentement aux soins est la clé de voûte de la relation médecin-patient, ce consentement est la légitimation première de l'acte médical. Le consentement doit être « libre et éclairé » dans la mesure où la décision du patient doit être prise sans aucune contrainte ou pression après avoir obtenu toutes les informations nécessaires. Cette pratique n'est pas le plus souvent respectée dans nos pays en dépit du fait que la non observance engage la responsabilité du praticien. **Objectif général :** Etudier le consentement des parturientes ayant subi une épisiotomie au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako. **Objectifs spécifiques :** Déterminer la fréquence des patientes ayant subi l'épisiotomie chez lesquelles l'information est donnée ; Déterminer la fréquence des patientes ayant subi l'épisiotomie ayant parfaitement compris l'information donnée ; Déterminer la fréquence des patientes ayant subi l'épisiotomie chez lesquelles le consentement éclairé à l'épisiotomie est obtenu. **Résultats :** Dans notre étude la pratique de l'épisiotomie a concerné 32,19% des cas d'accouchements assistés. L'âge moyen des patientes était de 25 ans avec des extrêmes allant de 14-46 ans. La rigidité du périnée était la principale indication de

l'épisiotomie avec 41,1% des cas. Seulement 32,02% des parturientes étaient au préalable informées avant la pratique de l'épisiotomie. Les informations données étaient bien comprises dans les mêmes proportions soit 32,02% des cas et le consentement éclairé à l'épisiotomie a été obtenu dans 29,31% des cas. **Conclusion** : Dans notre étude, la majorité de nos parturientes a subi l'épisiotomie sans aucun consentement ; le respect des droits fondamentaux des malades par le personnel sanitaire, passe par la recherche d'un consentement libre et éclairé tout au long du processus de la prise en charge, tout manquement à ce devoir constitue une violation des dispositions légales et déontologiques. **Mots-clés** : Consentement-Episiotomie-Accouchement-Périnée-Bamako.

INTRODUCTION

L'épisiotomie est définie comme une section de l'anneau vulvaire et du faisceau pubo-rectal du muscle releveur de l'anus.

Réalisée au cours de l'accouchement, elle facilite les manœuvres obstétricales et l'expulsion du fœtus, réduisant ainsi les risques de traumatisme et de souffrance chez le fœtus.

Pour la parturiente elle permet de prévenir les complications hémorragiques par rupture utérine ou les déchirures périnéales, mais aussi le prolapsus génito-urinaire ou l'incontinence urinaire.

Le consentement à l'épisiotomie comme tout autre acte médical occupe une place centrale dans le déroulement des soins d'un point de vue clinique, juridique et éthique [1,2].

« 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. » Ce droit au consentement et au refus du point de vue éthique et théorique est tout à fait indispensable à la relation médecin-patient.

Son expression légale ne peut qu'améliorer la coopération du patient pour sa prise en charge : accepter ou refuser l'acte thérapeutique ou diagnostic proposé en pleine connaissance de cause cela dans des situations où le pronostic fonctionnel ou vital est en jeu [3, 4, 5,6].

De nombreux textes et décisions de justice rendus sur la notion du consentement aux soins apportent des précisions sur le contenu de l'information, ses modalités de délivrance et la preuve du respect de l'obligation d'informer [2].

Cependant la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des destins sont exposés à un risque de transmission. » [7].

La charge de l'absence de l'information donnée par le médecin incombe au patient en droit belge ; la jurisprudence française inverse cette charge de la preuve : le médecin doit prouver qu'il a donné à son patient une information valable menant au consentement éclairé [2].

Une revue de la littérature nous apprend que plusieurs auteurs considèrent que toute impossibilité évidente dispense du devoir d'informer, cependant la preuve doit être apportée.

La fréquence de l'épisiotomie varie de 9 à 90% selon les pays [8].

Compte tenu de l'existence de nombreux vides juridiques et de la rareté des études faites dans le domaine, cette étude est une contribution visant à améliorer les insuffisances constatées dans la recherche du consentement aux soins dans nos structures sanitaires.

Cette étude a pour objectif d'étudier le consentement des parturientes ayant subi une épisiotomie au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective de type transversal qui a été menée au service de Gynécologie Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako du 1er mars 2010 au 29 février 2012 portant sur 331 patientes.

Nous avons procédé à l'anamnèse et à l'examen physique des femmes vues en consultation post natale ayant subi une épisiotomie, une fiche d'enquête a été remplie pour chacune d'elles répondant à nos critères.

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel SPSS 18; les textes et les tableaux ont été traités sur le logiciel Microsoft Word Office 2007 ;

Les représentations graphiques ont été traitées sur le logiciel Microsoft Excel Office 2007.

Aspects éthiques :

-les femmes ont été informées des objectifs et intérêts de l'étude.

-l'assurance sur le caractère confidentiel et anonyme.

-le médecin chef et le chef de service de gynécologie obstétrique ont été informés par écrit des objectifs et intérêts de l'étude.

Critères d'inclusion : Ont été incluses, les femmes ayant accouché et celles vues en consultation post natale chez lesquelles une épisiotomie a été réalisée, disposant d'un dossier médical à jour dans le service et ayant consenti à répondre à nos questions.

Critères de non inclusion : N'ont pas été incluses dans l'étude:

- les femmes n'ayant pas accouché au Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako

- les femmes chez lesquelles l'épisiotomie a été réalisée ailleurs

- Les femmes qui sont venues en dehors de la période d'étude.

- Les femmes ayant subi une épisiotomie n'ayant pas accepté de répondre à nos questions durant la période d'étude.

RESULTATS

Dans notre étude 331 cas ont été inclus sur lesquels 972 cas d'épisiotomie ont été réalisés soit une fréquence de 32,19%

Dans 54,98% des cas l'épisiotomie était faite sur des femmes d'âge compris entre 14-24 ans, l'âge moyen des patientes était de 25 ans avec des extrêmes allant de 14-46 ans.

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 74,93% des cas

La majorité des femmes avaient un niveau d'instruction primaire dans 53,47% des cas ;

Les primipares étaient les plus représentées avec 81,6% des cas.

La rigidité du périnée était la principale indication de l'épisiotomie avec 41,1% des cas.

Avant la pratique de l'épisiotomie, les patientes étaient informées au préalable seulement dans 32,02% des cas.

Les informations données étaient parfaitement comprises par les intéressées dans les mêmes proportions soit 32,02% des cas.

Le consentement éclairé à l'épisiotomie a été obtenu dans 29,31% des cas.

DISCUSSION

La liberté et l'éclairage requis par la loi pour la validité du consentement sont deux fondements complémentaires dont la finalité est le respect du droit fondamental de la personne ; pour ce faire le refus ou l'acceptation des soins exige que la patiente bénéficie d'une information complète [9].

Hum P. et al. [1] se demandent si la notion de consentement est capable de porter les ambitions qu'on lui prête ainsi, selon ces auteurs le refus de soin ne constitue pas simplement un obstacle aux soins car, quelle valeur peut-on accorder à un consentement si négocier est impossible, si refuser n'est pas envisageable ? et que dire des formes de quasi contrainte caractérisant certains faux consentements.

Ainsi consentir à des soins nécessite un temps de négociation, sur la base d'une dynamique relationnelle, car ce consentement est la clé de voûte de la relation médecin-patient et la légitimation première de l'acte médical [10].

Le consentement peut être exprès, tacite, implicite ou présumé [11] ; aussi le refus de soin ne conduit pas forcément à une rupture, le refus des soins n'est pas toujours un refus de tous les soins.

Aussi est-il souvent surmonté avec un aménagement des soins, obligeant alors à trouver un nouvel accord, il faut s'enquérir des informations déjà données afin d'adapter l'information au parcours de la femme dans l'optique d'un partage des attentes de la femme [1,12].

L'existence de l'information : Dans notre étude, avant l'acte d'épisiotomie les parturientes étaient informées au préalable seulement dans 32,02% des cas cela pourrait s'expliquer par le fait que l'épisiotomie est réalisée par des gynécologues seulement dans 7,3% des cas et par des médecins généralistes dans 2,1% des cas ; dans la majorité des cas l'acte est réalisé par des étudiants en année de thèse et les paramédicaux (Sage-femme, Infirmière obstétricienne) qui ignorent ou minimisent parfois l'importance de cette information.

A ce niveau il existe des besoins réels de formation sur les notions de responsabilité et de déontologie médicales, qui constituent une partie intégrante de la prise en charge globale des patientes.

D'autres auteurs ont trouvé l'absence d'information des patients dans 15,2% des cas [13] ; sur la même notion, Marc K. et al. [14] ont trouvé respectivement des taux variant de 6,8%, 27,7% et 37,2%, au sujet de certains aspects de la prise en charge.

Les raisons évoquées à la non pratique de la demande explicite de consentement sont dans 80% des cas liées au fait que le personnel se sent suffisant habitué aux soins en question, le consentement de fait et l'oubli sont signalés dans 33% des cas [15].

Compréhension de l'information :

L'information donnée par le personnel soignant était bien comprise par les parturientes dans seulement 32,02% des cas.

Les raisons peuvent être en rapport avec un déficit de formations des prestataires en communication médicale, le manque de temps due à la charge du travail, l'âge des patientes parfois très jeunes, peuvent avoir un impact négatif sur la compréhension de l'information.

La non compréhension de l'information donnée aux patients a été notée dans 2,1 à 4,3% des cas par des auteurs [13].

Consentement : Le consentement éclairé aux soins n'a été obtenu que dans 29,31% des cas dans notre étude.

Certaines études ont montré que le refus aux soins chez certaines catégories de patients varie de 40-60% en cas de pathologie chronique chez la personne âgée [15] et l'absence de demande de consentement a été constatée à hauteur de 50% des cas dans d'autres études [16] il s'agit donc d'une pratique courante malgré ce que cela peut avoir comme conséquence.

La crainte du traumatisme et ses conséquences peuvent expliquer en partie ce refus de consentement. Selon d'autres auteurs la cause du refus de consentement est due le plus souvent à un syndrome dépressif et des déficits cognitifs [17].

Des besoins en terme de renforcement de capacité s'imposent tout comme l'élaboration

des textes législatifs et réglementaires pour une prise charge adéquat des patients.

Les législations sur le consentement sont parfois contradictoires, ainsi dans certains pays Anglo-saxons le retrait du consentement peut intervenir à n'importe quel moment de la prise en charge même si cela devrait entraîner la mort du patient (hormis l'enfant et la personne handicapée mentale); au contraire en France, le refus de porter secours à une personne en danger sert souvent à légitimer la position inverse et permet dans certains cas l'acharnement thérapeutique, perçu en Amérique comme des voies de fait passibles de sanctions pénales[10].

REFERENCES

1- Hum P. et al. : Le refus de soin : forces et faiblesses du consentement, *Ethiques et Santé* 2015 ; 12 (1) : 56-63 ;
 2- El Banna S., Beauthier F., Beauthier J.-P. : Réflexions sur l'Accident Médical et ses Implications Médico-légales. Le consentement éclairé, *Rev. Med. Brux*, 2013 ; 34 : 69-73 ;
 3-Bouquier J-J : Rapport Session du Conseil National de l'Ordre des Médecins 29-30 janvier 2004, P69-73 ;
 4-Pechillon E., David M. : Du Consentement et du Programme de soin, *Information Psychiatrique*, 2018; 94(2) : 143-145 ;
 5-Code de Déontologie Médicale Commenté, Editions du Seuil, 1996, P.43 ;
 6- Guillod O. « Le Consentement dans tous ses états » In « Consentement et Santé », Millau, Dalloz, Collection « Thème et commentaire » 2014, P.1 ;
 7- Jonas C., Vaiva G., Pignon B. : Sémiologie du consentement, 2015; 37-901-A-70 ; P3 ;
 8-Parant O. Techniques chirurgicales gynécologiques, Encyclopédie médicochirurgicale, Editions Scientifiques et Médicales, Elsevier SAS Paris 41897,2000, 6p.
 9-Vialla F. : Bref Retour sur le Consentement éclairé. *Recueil Dalloz*, 2011 ; P292;
 10-Baudouin JL, Parizeau MH. Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement ; au traitement médical. *Médecine/Sciences*, 1987 ; 1 (3) : 8-12 ;
 11-Lepping P. Consent in psychiatry. *Psychiatr Bull*. 2003;27:285-289 ;
 12- Pierre F. Information de la femme et consentement en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie*, 2018 ; 46 (12) : 986-993 ;
 13-Tannier C, Caumes G. Consentement : Nécessité éthique et juridique Article disponible sur le site : http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Hmh2EQNSg7kJ:sofomec11.free.fr/Diapos/ETHIQUE/consentementdr_tannier_et_m_caumes.pdf+&cd=3&hl=fr&ct=clnk&gl=fr
 Consulté le 02 -05-2017 22h42mn)

14-Marc K. et al. Evaluation de la qualité des soins aux Cliniques Universitaires de Kinshasa : Etude de satisfaction des patients hospitalisés. *Ann. Afr. Med*, 2018 ; 11 (3) : 2931-2932.

15-Sophie R. Le Médecin généraliste face au refus de soins du sujet âgé. Etude qualitative à partir de 14 entretiens semi-dirigés. Thèse de Méd.N° 110 Université Claude Bernard-Lyon 2015;

16- Dagneau M. Le consentement dans la pratique infirmière : « Qui ne dit mot, consent » ? Institut de Formation en Soins Infirmiers de Brabois CHRU NANCY Grade Licence 3 2015 ; P.51-56 ;

14-Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB. Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *The Annals of Pharmacotherapy*, 2004; 38(2): 303-12.

Tableau I : répartition des patientes selon la tranche d'âge

AGE(ANNEE)	EFFECTIFS	%
14-24	182	54,98
25-35	116	35,05
36-46	33	9,97
TOTAL	331	100

Tableau II : répartition des patientes selon la profession

PROFESSION	EFFECTIFS	%
Femme au foyer	248	74,93
Aide-ménagère	28	8,46
Commerçante	25	7,55
Elève/étudiant	19	5,74
Fonctionnaire	10	3,02
Chômeuse	01	0,3
TOTAL	331	100

Tableau III : répartition des patientes selon l'auteur de l'accouchement

Auteur de l'accouchement	EFFECTIFS	%
Etudiant(e) en année de thèse	170	51,4
Sage-Femme	118	35,6
Gynécologue obstétricien	24	7,3
Obstétricienne	12	3,6
Médecin généraliste	7	2,1
TOTAL	331	100

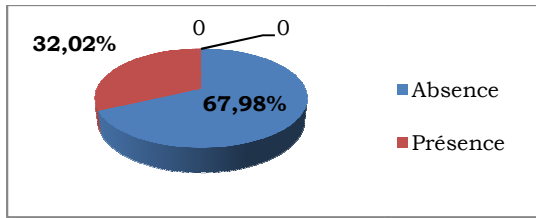


Figure 1: répartition des parturientes selon l'existence ou non d'une information

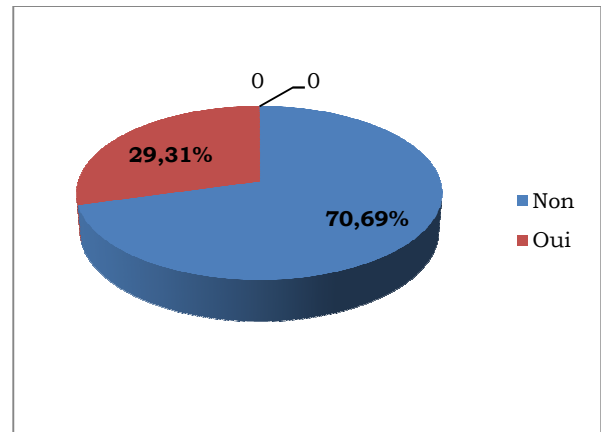


Figure 3: répartition des parturientes selon le consentement

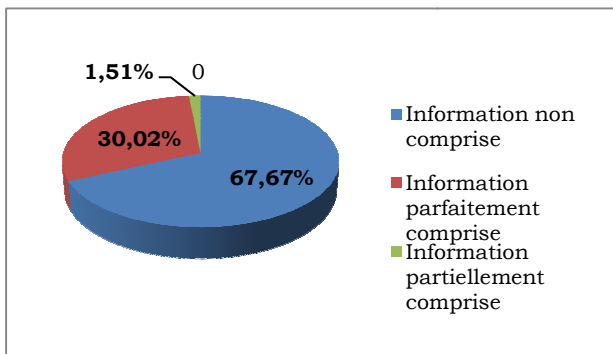


Figure 2: répartition des parturientes selon la compréhension de l'information donnée