

TEXTE D'ANALYSE
N°6/2024

PUBLICATION SUR LE SITE WEB:
AUTOMNE 2024

AUTRICE :
ANNE-ISABELLE THUYSBAERT
CHERCHEUSE
CRID&P - Centre de Recherche
Interdisciplinaire sur la Déviance et la
Pénalité

ANNE-ISABELLE THUYSBAERT

LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ EN OBSTÉTRIQUE, UN DROIT THÉORIQUE ?

Les opérations médicales qui touchent le corps des femmes peuvent susciter violences ou dépossessions. Un cadre légal existe pourtant, qui prévoit qu'un consentement éclairé doit être obtenu auprès des patientes. En s'intéressant particulièrement au cas de l'accouchement, l'autrice montre qu'entre le droit et la pratique, il y a parfois un monde. Elle souligne l'importance de poursuivre les efforts pour que toutes les femmes puissent établir une relation de confiance, respectueuse et sécurisée avec le corps médical.

En 2023, plus de 110 000 femmes ont accouché en Belgique¹. Une fois la grossesse confirmée par un·e professionnel·le de la santé, peut commencer le « suivi obstétrique », un long parcours où la femme enceinte² est « prise en charge » et fait l'objet d'une surveillance médicale attentive. Se succède une série d'exams et d'actes médicaux avec comme point culminant l'accouchement, au cours duquel le suivi s'intensifie généralement et laisse peu de place aux préférences personnelles de la patiente³. Rares sont les femmes qui n'intègrent pas ce système « de prise en charge » qui tend de plus en plus à s'uniformiser et se médicaliser.

Mais depuis une décennie, des milliers des femmes témoignent sur les réseaux sociaux des maltraitances et des violences dont elles ont été victimes pendant ce suivi médical. Ces récits ont mis en lumière une problématique longtemps ignorée ou minimisée. L'expression «

violences obstétricales », autrefois limitée aux cercles militants et scientifiques, a progressivement trouvé sa place dans les médias grand public et les débats de société. Un grand nombre de ces témoignages soulèvent une question devenue incontournable : le consentement.

« Et là, je sens un coup de rasoir ... Elle était en train de me faire une épisiotomie sans m'avoir prévenue. Et surtout, elle a continué de la faire alors que je la suppliais d'arrêter et que je lui disais qu'elle me faisait mal »⁴.

Cet article a pour objectif d'analyser les enjeux juridiques liés aux interventions obstétricales réalisées sans le consentement des patientes, des situations pouvant entraîner des conséquences particulièrement graves pour elles.

« Les gens me disent "vous êtes en bonne santé, votre bébé est en bonne santé, de quoi vous vous plaignez ?" Mais moi clairement, ils m'ont tuée à l'intérieur. Ils ont tué mon âme. Je suis retournée dans mon corps, il y a à peine quelques mois. Quand je suis sortie de mon accouchement, j'avais un stress post-traumatique, je pleurais tout le temps, crise de panique, de larmes, y a les images en boucle de l'accouchement qui reviennent. C'est la mort, c'est comme si on était mort, dans une enveloppe vivante »⁵.

Dans la première partie, on fera la synthèse du cadre légal belge concernant le droit au consentement dans le cadre des soins de santé. La seconde se penchera sur la condition du caractère éclairé de ce consentement, en explorant les obstacles spécifiques à sa mise en œuvre dans le domaine des soins obstétricaux.

Le droit au consentement dans les soins de santé

Le 22 août 2002, la *loi relative aux droits du patient* (ci-après L.D.P.) a été adoptée et est venue garantir un ensemble de droits déjà en grande partie consacré par une jurisprudence constante. Ces droits que toute personne peut faire valoir lors de la dispensation de soins de santé visent

à renforcer le droit à l'autonomie corporelle ainsi que le droit à l'autodétermination⁶. Un des articles phares de cette loi, l'article 8, garantit à chaque patiente le droit de consentir de manière libre et éclairée à toute intervention médicale.

Pour que le consentement soit considéré comme juridiquement valide, certaines conditions doivent être remplies. Le recueil du consentement doit être préalable à l'acte médical en question. Par ailleurs, il doit être libre, c'est-à-dire donné « *sans contrainte [physique ou morale], ni manipulation* »⁷. Pour finir, le consentement doit être éclairé. Cette dernière exigence est étroitement liée aux informations qui devront être fournies par le ou la professionnel·le en vue « *de la manifestation [du] consentement* »⁸. Il ou elle est tenu·e de donner une série d'informations sur l'acte médical en question, à savoir l'objectif et la nature de l'intervention, « *le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel, le cas échéant en ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention* ». Afin que le patient puisse donner un consentement éclairé, ces informations doivent être également communiquées « *dans une langue claire* ».

La décision de la patiente devra être respectée même si cette décision peut entraîner des conséquences dommageables pour sa santé ou même sa vie. Le droit de la patiente à disposer librement de son propre corps prend le pas sur le devoir légal du ou de la professionnel·le de lui prêter assistance.

La L.D.P. prévoit néanmoins la possibilité de déroger à l'obligation de recueillir au préalable le consentement de la personne en cas d'urgence et lorsqu'elle n'est pas en mesure de donner son consentement (la patiente est par exemple sous anesthésie). Néanmoins, ce tempérament ne vaut que pour les interventions qui sont « *nécessaires* » et qui doivent être « *pratiquées* ».

immédiatement (...) dans l'intérêt du patient ». Il faut également qu'il y ait une « *une incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable* » par la patiente. Si celle-ci a refusé anticipativement l'intervention en cause, le ou la professionnel·le ne peut invoquer cette exception. Par ailleurs, il convient de relever qu'une grande majorité des interventions obstétricales (comme l'administration de la péridurale ou l'induction⁹) n'ont généralement pas lieu dans les conditions d'urgence prévues à l'article 8¹⁰.

La violation de ce droit au consentement est constitutive de faute et est susceptible d'engager la responsabilité civile du ou de la professionnel·le et de l'obliger à réparer le dommage causé par cette faute. Intervenir médicalement sur le corps de la patiente sans son consentement pourra également dans certains cas être puni pénalement sur base, notamment, des infractions de coups et blessures (article 398 à 400 et article 418 à 420 du Code pénal).

Le consentement éclairé, un droit théorique en obstétrique ?

D'après une enquête menée en 2021 auprès de 4426 femmes en Fédération Wallonie-Bruxelles, 2037 interventions (comprenant des césariennes, des épisiotomies et l'utilisation d'instruments) ont été effectuées. Dans deux cas sur trois, l'explication de l'acte médical n'a pas été fournie et le consentement n'a été demandé que pour la moitié de ces actes¹¹.

Sauf en cas d'urgence, le consentement doit être obtenu pour tout acte médical, même les plus simples et routiniers comme la prise de tension, la pesée ou encore l'échographie de routine. Conformément à la L.D.P., plusieurs critères doivent être satisfaits pour qu'un consentement soit considéré comme valide. Cette seconde partie vise à explorer la mise en œuvre de la condition du caractère éclairé du consentement dans le contexte du suivi obstétrique. Cette exigence implique que la patiente doit être informée de manière adéquate et consent ainsi en parfaite connaissance de cause. Le ou la professionnel·le de santé doit ainsi communiquer dans « *une langue claire* » les informations énumérées à l'article 8 de cette loi. Cela inclut notamment l'exposition des risques liés à l'intervention ou au traitement¹².

Cependant, dans la pratique, il est fréquent d'observer que les praticien·nes ne présentent pas les risques significatifs associés à certaines interventions¹³. C'est notamment le cas de la césarienne itérative : une femme ayant déjà accouché par césarienne se voit en général proposer une césarienne au cours d'une nouvelle grossesse, conformément au vieil adage du Dr E. Cragin : « *Césarienne un jour, césarienne toujours* »¹⁴. Cette formule, datant de 1916, a acquis une véritable portée normative et est encore appliquée automatiquement dans certaines maternités, sans évaluer au cas par cas qu'il existe une réelle justification médicale. Bien que l'auteur de cette formule ait lui-même évoqué plusieurs exceptions à ce « principe », son application actuelle dépasse ses intentions initiales. Cette équation qui favorise systématiquement la césarienne itérative est seulement possible dans la mesure où les risques associés à cette procédure sont ignorés et non communiqués à la patiente. Cependant, ces risques, qui augmentent proportionnellement au nombre de césariennes effectuées sur une même femme, sont non seulement présents, mais ils sont également significatifs¹⁵.

À l'inverse, lorsque la patiente souhaite privilégier un accouchement par voie basse après avoir déjà eu une césarienne (AVAC : accouchement vaginal après césarienne), les professionnel·les de santé prennent généralement le temps d'exposer très minutieusement les risques pour la future mère et l'enfant à naître et souvent de manière non loyale en mettant en avant de manière disproportionnée les pires scénarios catastrophes. On est face à une situation « deux poids, deux mesures », où les risques associés à la non-intervention (AVAC) sont surreprésentés et ceux de l'intervention (la césarienne) sous-représentés. On peut légitimement se demander si dans de telles circonstances, le choix de la patiente n'est pas orienté et si elle est dès lors en mesure de consentir de manière éclairée.

Cette observation doit être replacée dans le contexte d'une culture obstétricale de plus en plus médicalisée, où les professionnels sont incités à intervenir toujours davantage sur le corps des femmes enceintes. Ce double standard s'observe également pour toute une série de pratiques médicales, telles que l'induction de l'accouchement. Les patientes sont fréquemment averties que le dépassement du terme de la grossesse¹⁶ comporte des risques, et l'induction est alors

proposée comme mesure préventive, souvent sans mentionner les risques associés à cette intervention¹⁷. Les risques de l'intervention sont une fois de plus neutralisés dans l'équation décisionnelle par rapport à ceux de la non-intervention. Cependant, même si l'induction est devenue courante, elle demeure une procédure lourde qui n'est pas sans incidence et est susceptible de déclencher une « cascade d'interventions » de plus en plus invasives et violentes pour la parturiente et le bébé. En effet, la péridurale est souvent nécessaire en raison de l'intensité du travail chimiquement provoqué. L'anesthésie a pour effet de freiner ou d'interrompre le travail, nécessitant ainsi une augmentation progressive de la dose d'ocytocine pour réactiver les contractions. En conséquence, l'intensité accrue des contractions cause une suspicion de détresse fœtale. L'obstétricien·ne opte soit pour l'utilisation de forceps ou de la ventouse pour extraire rapidement le bébé. Si ces méthodes s'avèrent inefficaces, une césarienne d'urgence est effectuée¹⁸. La patiente devrait être ainsi dûment informée que l'induction médicale marque souvent un point de non-retour qui altère radicalement l'expérience de l'accouchement.

Cette minimisation de l'intervention ne se limite pas à la communication des risques, elle se manifeste parfois dans la manière même de nommer l'intervention. Là où le bât peut également blesser en termes de consentement éclairé est la tendance dans nos maternités à euphémiser ces interventions. Des enquêtes sur le terrain ont souvent mis en évidence un décalage entre les informations fournies et la nature de l'intervention. Par exemple, il n'est pas rare d'entendre les professionnel·les parler de « petite épisio »¹⁹, un bien doux nom, presque affectueux, pour désigner un acte chirurgical qui est loin d'être anodin et qui entraîne parfois de graves séquelles psychologiques et physiques²⁰. Les professionnel·les doivent veiller à ne pas inquiéter inutilement la patiente, mais on peut légitimement se poser la question de savoir si l'utilisation d'euphémismes pour décrire un acte médical ne va pas à l'encontre de la fourniture d'une information complète et loyale, nécessaire pour obtenir un consentement éclairé.

Dans la grande majorité des cas, ce défaut d'information n'est pas l'œuvre d'une mauvaise intention ou d'une mauvaise foi de la part du ou de la professionnel·le de la santé, qui s'engage

avant tout pour le bien-être du patient. C'est plutôt le résultat de la « naturalisation » progressive de l'intervention obstétricale. Ainsi, certain.es professionnel·les de la santé ne considèrent même plus l'induction du travail par l'injection d'hormones de synthèse comme une intervention en soi : « *T'as d'autres patientes, comme elle [qui] ne voulait pas de synto parce que probablement synto ça voulait dire pour elle "intervention" dans le processus. [...] Ou tu as toutes sortes d'affaires qui est dit sur le synto. Ça fait bien plus mal les contractions avec le synto. Mais je pense que quand c'est bien expliqué [...] »*²¹. En d'autres termes, la patiente devrait réaliser que l'induction est inhérente au processus d'accouchement et ne devient plus un acte auquel elle doit consentir, mais doit seulement être « bien expliquée ».

Il revient à la patiente de prendre la décision concernant les risques. Néanmoins, en vertu du principe de la liberté thérapeutique du ou de la professionnel·le²², il ou elle conserve le droit de refuser une intervention souhaitée par la patiente si cette intervention « *n'emporte pas sa conviction personnelle* »²³. Mais ce qui pose question au regard du droit en vigueur est que l'option de la non-intervention a désormais valeur d'intervention et peut donc être refusée. Désormais, on « pratique » l'AVAC ; on « pratique » un accouchement spontané »²⁴. « *Paradoxalement, en même temps que l'on agentifie d'une part une fonction du corps féminin et d'autre part le non-agir médical, on objectifie les interventions obstétricales, comme s'il s'agissait de phénomènes naturels* »²⁵.

Conclusion

Au cours de la grossesse, du travail ou du post-partum, la femme enceinte se retrouve sous une surveillance médicale accrue. Cependant, des témoignages de maltraitances et de violences obstétricales émergent de plus en plus, soulignant des situations où des actes médicaux sont souvent pratiqués sans le consentement de la patiente.

La loi du 22 août 2002 garantit le droit de donner son consentement de manière libre et éclairée avant toute intervention médicale, constituant ainsi une condition essentielle pour préserver le droit à l'autonomie corporelle et à l'autodétermination de la femme enceinte. Cependant, la

mise en œuvre de ce droit dans le contexte des soins obstétricaux soulève un certain nombre de préoccupations. Cet article se penche plus spécifiquement sur la condition du caractère éclairé du consentement. Des études de terrain révèlent que la communication des risques n'est pas toujours loyale et complète. On observe une tendance à surexposer à la patiente les risques associés à la non-intervention, tout en sous-exposant ceux liés aux interventions, lesquelles sont progressivement naturalisées et ne sont même plus perçues comme des actes médicaux à part entière. Les femmes doivent évoluer dans une culture obstétricale qui favorise souvent la surmédicalisation de la naissance, passant sous silence les effets iatrogènes des interventions.

Le contexte juridique est loin d'être innocent et contribue à une situation où les professionnel·les de la santé, pour se protéger sur le plan médico-légal, sont incité·es à intervenir de manière excessive sur le corps de leurs patientes. À ce jour, aucune décision de justice publiée n'a condamné un ou une professionnel·le de la santé pour être intervenu·e alors que ce n'était pas médicalement justifié. Les litiges portent habituellement sur des interventions non réalisées ou décidées tardivement. Cette situation encourage le développement d'une médecine de plus en plus défensive. Cependant, cette approche néglige la nature invasive de ces procédures et les séquelles physiques et psychologiques qu'elles peuvent laisser.

Notes

- ¹ Selon les chiffres publiés par l'office belge de statistique (Statbel), disponibles sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mouvement-de-la-population/naissances#figures>.
- ² Lorsque j'emploierai les termes « femmes », je vise les femmes cisgenres, transgenres, non-binaires et de genres divers.
- ³ B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, PUF, 2010, p. 6.
- ⁴ Ovidie, « Tu enfanteras dans la douleur », 2019.
- ⁵ C. Bienaimé, « Un podcast à soi : le gynécologue et la sorcière », 2018.
- ⁶ G. Schamps, « L'autonomie de la femme et les interventions biomédicales sur son corps en droit belge », dans A. Aouij-Mrad et B. Feuillet (dir.), *Corps de la femme et biomédecine*, Bruylant, 2013, p. 79.
- ⁷ J.-M. Hausman, « Chapitre II. Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », dans J.-M. Hausman et G. Schamps (dir.), *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien*, Bruylant, 2016, p. 108.
- ⁸ Sauf mentions contraires, les citations suivantes renvoient à la L.D.P.
- ⁹ Procédure qui consiste à stimuler artificiellement les contractions utérines et à amorcer le travail.
- ¹⁰ P. Jassogne, *Les violences gynécologiques et obstétricales : médecine et droit sous le prisme du genre*, Université de Louvain, 2020.
- ¹¹ Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, « Accoucher en Belgique francophone avant et pendant le covid. Éléments clé de l'enquête », 2021, p. 16.
- ¹² Il est à noter que la communication exhaustive de tous les risques connus serait impraticable et entraverait la qualité de la relation médicale. Par conséquent, le droit vient restreindre cette obligation en imposant la communication des risques « significatifs et pertinents » (G. Génicot, *Droit médical et biomédical*, Larcier, 2021, p. 199).
- ¹³ S. St-Amant, *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*, Université du Québec à Montréal, 2013, p. 190.
- ¹⁴ E. Cragin, « Conservatism in obstetrics », *New York Medicine Journal*, 1916, p. 1-3 ; Césarine, « La césarienne itérative », 2009.
- ¹⁵ Pour une étude de ces risques, voir H. Vadeboncoeur, *Une autre césarienne ou un AVAC ? S'informer pour mieux décider*, Fides, 2012 ; il est également essentiel de prendre en compte l'impact psychologique de cette procédure, incluant des sentiments de dépossession ou d'échec, une satisfaction réduite à l'égard de l'expérience de la naissance, des troubles de l'attachement au bébé ou encore une fréquence accrue de dépressions postnatales (voir notamment H. Goer, « How childbirth went industrial – A deconstruction », 2006).
- ¹⁶ Celui-ci est fixé à 40 semaines d'aménorrhée en Belgique alors qu'en France il est à 41 semaines. Cette variation souligne le caractère flou et théorique du terme.
- ¹⁷ Ciane, « Déclenchement et l'accélération du travail, premiers résultats de l'enquête lancée par le CIANE », 2012, p. 15.
- ¹⁸ M.-H. Lahaye, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, Michalon, 2017, p. 77.
- ¹⁹ E. Faure, *Consentement et épisiotomie : points de vue des sages-femmes*, Université Paris Descartes, 2019, p. 37.
- ²⁰ Comme des douleurs quotidiennes et persistantes, qui peuvent durer plusieurs mois voire des années et empêchent la patiente d'avoir des relations sexuelles, de s'asseoir ou encore de marcher (H.C.E., « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme », 26 juin 2018, rapport n°2018-06-26- SAN-034, p. 44).
- ²¹ Témoignage d'une infirmière dans S. St-Amant, *op. cit.*, p. 219.

²² Cette liberté est garantie dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

²³ G. Génicot, *op. cit.*, p. 455.

²⁴ Voir par exemple MSD Manuals, « Pratiquer un accouchement vaginal spontané ».

²⁵ S. ST-AMANT, *op. cit.*, p. 201.

Bibliographie

- C. Bienaimé, « Un podcast à soi : le gynécologue et la sorcière », 2018, podcast disponible sur https://www.youtube.com/watch?v=9MCpdrbM_aw.
- Césarine, « La césarienne itérative », 2009, disponible sur <https://www.cesarine.org/avenir/iterative/>.
- P. Charrier et G. Clavandier, *Sociologie de la naissance*, Paris, Amand Colin, 2013.
- Ciane, « Déclenchement et l'accélération du travail, premiers résultats de l'enquête lancée par le Ciane », 2012, disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/04/DeclenchementAccelerationCiane.pdf>.
- E. Cragin, « Conservatism in obstetrics », *New York Medicine Journal*, 1916, p. 1-3.
- E. Faure, *Consentement et épisiotomie : points de vue des sages-femmes*, Université Paris Descartes, 2019.
- G. Génicot, *Droit médical et biomédical*, Larcier, 2021.
- H. Goer, « How childbirth went industrial – A deconstruction », 2006, disponible sur <https://www.mothering.com/threads/how-childbirth-went-industrial-a-deconstruction.1622563/>.
- J.-M. Hausman, « Chapitre II. Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », dans J.-M. Hausman et G. Schamps (dir.), *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien*, Bruylant, 2016, p. 41-242.
- H.C.E., « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme », 26 juin 2018, rapport n°2018-06-26- SAN-034.
- B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, PUF, 2010.
- J. Jassogne, *Les violences gynécologiques et obstétricales : médecine et droit sous le prisme du genre*, Université de Louvain, 2020.
- MSD Manuals, « Pratiquer un accouchement vaginal spontané », vidéo disponible sur <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/multimedia/video/comment-pratiquer-un-accouchement-vaginal->

[spontané#:~:text=Commencer%20la%20perfusion%20d%27ocytocine,partie%20postérieure%20de%20l%27épaule.](#)

M.-H. Lahaye, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, Michalon, 2017.

Y.-H. Leleu, « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », *J.T.*, 2003, p. 649-659.

Ovidie, « Tu enfanteras dans la douleur », 2019, reportage disponible sur <https://www.arte.tv/fr/videos/081587-000-A/tu-enfanteras-dans-la-douleur/>.

Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, « Accoucher en Belgique francophone avant et pendant le covid. Éléments clé de l'enquête », 2021, disponible sur <https://www.naissancesrespectee.be/wp-content/uploads/2022/02/PCNR-synthese-Rapport-2021.pdf>.

G. Schamps, « L'autonomie de la femme et les interventions biomédicales sur son corps en droit belge », dans A. Aouij-Mrad et B. Feuillet (dir.), *Corps de la femme et biomédecine*, Bruylant, 2013, p. 39-68.

S. St-Amant, *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*, Université du Québec à Montréal, 2013.

H. Vadeboncoeur, *Une autre césarienne ou un AVAC ? S'informer pour mieux décider*, Fides, 2012.