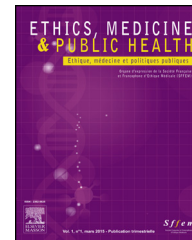




Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉDITORIAL

Lettre ouverte : « Quelle leçon tirer de la récente controverse française sur l'épisiotomie ? » ou la généralisation d'une véritable éthique des pratiques en clinique humaine



Open letter: Which lesson to be learned of the recent French controversy on episiotomy?

Les pratiques en clinique humaine, tout comme en recherche, se doivent de correspondre à l'évolution de la démocratie sanitaire. Cette dernière impose, en effet, pour tout acte un consentement libre, éclairé par une information susceptible d'obtenir la compréhension des patients. Le consentement est alors une prise de décision volontaire d'une action considérée comme juste pour soi, mais également avec les mœurs de la société. L'on sait la difficulté d'obtenir un consentement avec de telles caractéristiques, nos amis canadiens et cela ont été repris par l'Inserm en France, ont bien montré qu'une seule personne sur deux avait les éléments de compréhension pour donner un consentement (ce manque de compréhension est appelé « littéracie »). Ainsi, dans la population générale, 50 % des personnes ne comprennent pas ce à quoi on les convie à consentir, même à signer. Cependant, les chercheurs montrent qu'avec une prise de temps supplémentaire et une empathie plus accentuée, cette « littéracie » baisse en pourcentage. Ceci a bien été montré dans une rencontre Hippocrate organisée à Paris et une autre à Bordeaux (http://www.medecine.parisdescartes.fr/?page_id=6672 ; <https://www.leh.fr/evenement/rencontres-hippocrate>), dont l'oratrice était justement l'anthropologue canadienne Chantal Bouffard. Aussi, dans les pratiques de soin en général faudra-t-il un jour revoir cette rentabilité faite aux dépens du temps accordé à l'explication particulière et empathique exigée, à la négociation compréhensive témoignant une altérité – laquelle fonde l'implication médicale, mais aussi celle des malades ou des patients, soignant et personne souffrante. Un principe, la tarification à l'activité, structure les pratiques cliniques jusqu'à supplanter celles de l'éthique hippocratique, cette dernière ayant consolidé une relation médecin–malade confiante et respectueuse. L'avènement de la démocratie sanitaire, par la loi des droits des malades et de la qualité du système de santé du 4 mars 2002, combat justement le paternalisme, lequel s'était

développé inconsidérément dans les pratiques médicales. Cette visée éthique ainsi développée est pourtant un échec éthique patent avec l'adjonction d'un principe de tarification à l'activité. En effet, le management hospitalier mérite que l'on s'y attarde encore, devant la réduction du temps de véritable concertation entre le patient et son médecin. Cette obligation de rentabilité est elle-même en tension éthique avec cette visée de démocratie sanitaire. Il en est de même pour les praticiens devant les situations nombreuses d'épuisement professionnel pouvant aboutir à des violences dans l'hôpital jusqu'à des suicides récents, ces phénomènes n'étant pas de l'ordre uniquement des personnes psychologiquement fragiles, mais concernant autant les étudiants en médecine, les internes, les praticiens hospitaliers jusqu'aux professeurs !

Par exemple, en ce qui concerne la controverse sur l'épisiotomie et ce qui en ressort des témoignages de femmes s'insurgeant sur leurs fréquences jugées excessives en rapport aux arguments cliniques les indiquant, la pratique de touchers vaginaux sans consentement les femmes étant endormies... Ceci est d'autant plus grave que le bénéfice thérapeutique pour les femmes dans leur état de grossesse n'est pas évident ; en effet, ce ne sont pas des personnes malades, la grossesse n'étant pas une maladie. Ceci qui implique que toute action non (ou non reconnue comme) consentie est d'autant plus à proscrire. Néanmoins, l'on peut s'interroger depuis que l'accouchement peut être accompagné par des savoirs qui limitent la mortalité néonatale et diminuent ou évacuent la douleur physique. Dans ce cadre, là encore plus, l'accord enrichi de ce type de consentement, scrupuleusement passé avec la femme et le couple s'avère impératif. Ainsi, dans la controverse actuelle, doit-on comprendre que des épisiotomies sans consentement exprès et compris ne sont pas dignes d'une éthique professionnelle et sont, à notre avis, de l'ordre de la justice.

Pour ce qui est de l'épisiotomie en particulier, quelques points de réflexion supplémentaires sont à considérer dans la pratique :

- le (mauvais) vécu d'un accouchement peut se focaliser sur un élément et souvent parmi les plus improbables. La symbolique sexuelle de l'épisiotomie est un concentré psychanalytique qui en fait le symptôme idéal, indiscutable dans le sens de non-argumentable a posteriori. C'est pourquoi, il doit être envisagé a priori avant même le terme de la grossesse. Ceci signifie également que prendre la parole « au nom des femmes » sur ce sujet et bien d'autres, fut-on soit même une femme, relève souvent de l'opportunisme ou de l'introspection psychanalytique ;
- pour un médecin ou une sage-femme, ce geste ne présente aucun intérêt à titre gratuit en dehors de la cruauté assumée de son auteur. En effet, il impose sa réparation par ce dernier et n'est assorti d'aucune cotation ;
- l'épisiotomie, comme a pu l'être le forceps est aussi chargée d'une valeur de mémoire féminine familiale, contribuant au sentiment de mutilation. Techniquement, ce geste est tout à fait autre depuis 15 ans et apparaîtrait désormais comme protégeant la statique pelvienne au long cours, contrairement aux déchirures spontanées. La polémique/diabolisation actuelle aura certainement des conséquences négatives sur la santé des femmes, en

diminuant le nombre de ces épisiotomies justifiées médicalement.

Les maltraitements, nous les dénonçons nous-mêmes et, parallèlement, cet article met en garde l'expression facile d'une telle réprobation par les médias, laquelle concerne toute une discipline, y compris les équipes qui ne pratiquent l'épisiotomie que dans 5 % des cas, a contrario de celles qui les pratiquent excessivement en dehors d'une utile et juste mesure ! L'émotion compréhensible devant la plainte justifiée individuellement par certaines femmes ayant été ainsi « traitées » ne peut incriminer toute une profession ; cette discipline doit se ressaisir. En effet, gardons-nous de pas avoir à l'esprit que nos paroles sont traduites et alimentent des suspensions dont la médecine — et l'espoir que l'on met en elles — n'en a pas besoin. Des mots et des expressions employés récemment comme « le tabou des violences obstétricales » effectuées par les professionnels, attisent un sentiment d'injustice et en même temps éclaboussent, par leur caractère infamant, tous les praticiens. Le public rejetant bien naturellement sur toute profession de telles assertions, modifie subrepticement l'image même de la médecine et de la confiance à donner à ses professionnels. Or, cette confiance est d'autant plus importante à conserver — celle qui rejette le doute, la suspicion et la violence — qu'un psychiatre disait « Les malades gardent l'espoir, vous leur devez l'espérance », véritable responsabilité d'éliminer la désespérance devant tout état clinique, lequel qui demande au praticien une éthique scrupuleuse et particulière à chacun de ses gestes, comportements, expressions et décisions partagées seulement proposées par lui et non pas imposées et encore moins subies par les patientes. Ces éléments de réflexion, de posture éthique même confèrent une responsabilité éthique au-delà de la responsabilité médicolegale même. Tout geste devant être impérativement consenti et agi en symbiose avec le patient, dans ce climat de confiance spécifique de la relation médecin-malade. Il serait naturellement utile de demander dans le même cadre une responsabilité accrue du malade dans l'autonomie que les lois dans le domaine de la bioéthique, du « biodroit » au sens large, leur confèrent, sachant que la médecine n'est pas une science exacte et que les pratiques évoluent en fonction des remises en question que les professionnels et les malades exigent par leurs savoirs respectifs.

Pourquoi tout cela se produit-il ? Notre réponse est l'absence de la considération d'un impératif : l'absence souvent d'une autoévaluation par les professionnels dans leurs pratiques en ce qui concerne la légitimité de l'acte, ses conséquences et leurs acceptations par les personnes, ainsi considérées comme acteurs de la relation. Tout cela amène à considérer la compréhension effective des enjeux toujours présents et implicites dans la relation de soin et de recherche ! Aussi, faut-il se poser la question de la justesse autant individuelle que collective des pratiques en médecine. Malheureusement, seules sont considérées dans l'enseignement des « conduites à tenir » globales ne tenant pas compte des singularités des patients, dont la réactualisation ne peut suivre les avancées cliniques et technologiques.

Il s'agit alors de l'adoption d'une autre posture intellectuelle des professionnels, celle qui permettrait d'insister sur l'importance de la réflexion « sur » et au sens donné « à » chaque acte. Cette autoévaluation, inhérente aux savoirs issus des résultats individuels et collectifs, pourraient montrer aux praticiens les dysfonctionnements éventuels avant que ne survienne le problème médico-légal ou la contestation légitime de leurs actes a posteriori par les patients. Cela éviterait la réalisation d'actes dont l'effectuation n'est pas partagée par la collectivité, voire proscrite. La méconnaissance des principes éthiques — souvent mal enseignés et surtout non valorisés dans les facultés de médecine — amène à l'appel d'une réflexion éthique à soutenir en intégrant trois remarques :

- pour éviter de telles polémiques, chacun se sentant dans son droit de revendiquer un mieux faire (comment un médecin pourrait-il violenter volontairement son patient ? Comment laisser supposer qu'une profession d'obstétricien accepterait cela ?) et une prise en charge en rapport avec les valeurs sociales du temps présent, la médecine se doit d'évaluer par l'emploi de méthodologies qualitatives effectuées dans des conditions scientifiques d'autoévaluation et d'intégrité rigoureuses ;
- d'autant plus dans l'actuelle assumption de l'idéologie de l'excellence et des réductions de crédits universitaires qui amènent les décideurs à négliger les apports de cette multidisciplinarité, l'éthique est souvent déconsidérée (car pas assez scientifique !), laquelle quand elle est bien menée nécessite l'apport de plusieurs disciplines (surtout des sciences humaines et sociales, souvent hors du champ de l'enseignement de la médecine !) qui envisagent chacune un objet commun : l'interdisciplinarité ;
- la réflexion éthique, disait France Quéré, se révèle moins du domaine de « faire pour le mieux » que « faire le moins mal possible ». En effet, la discussion n'est pas entre un bien et un mal, mais entre deux « bien » ; mais ces « bien » ne sont pas considérés de la même manière par chacun, le professionnel et le malade ! Elle appelle donc tous les acteurs de la société à mesurer leurs paroles, dont les conséquences peuvent nuire à la respectabilité de personnes qui font le moins mal possible, dans les conditions — souvent imparfaites — dans leurs décisions personnelles et placer le droit des victimes de souffrance induite contre une profession toute entière sans la comprendre, ni lui laisser le temps de se réformer quand il le faut. Ce serait négliger la tension éthique qui existera toujours dans les pratiques médicales entre ce qui est pour le mieux, souvent théoriques et la pratique, souvent insatisfaisante car plus complexe animée d'émotions et de contradictions diverses, comme dans toutes les pratiques sociales.

C'est donc à un appel aux médiations que nous faisons, au-delà des incriminations directes, même si elles sont fondées. En effet, dans notre démocratie le rôle des structures ordinales, des agences comme la Haute Autorité de santé (HAS), institutions qui ont la charge de « profiler » les conduites à tenir, cliniques et déontologiques, auprès des professionnels jusqu'à les rigidifier, les conseils nationaux professionnels et les sociétés savantes trop disciplinaires échappant aux bienfaits de l'interdisciplinarité... et les commissions cliniques et de recherche des hôpitaux. Tous ces corps intermédiaires avec la justice doivent être

questionnés pour donner des réponses avant qu'un débat non argumenté rationnellement ne s'enflamme comme cette controverse des épisiotomies. Mais le sont-ils, se sentent-ils même concernés au-delà des normes qu'ils préfèrent ? Si non, le débat n'est pas équitable, rationnel et risque d'être injuste pour toute une profession aux dépens des bienfaits quotidiens amenés à la population.

Quelques évidences oubliées doivent être néanmoins rappelées, si l'on améliore la situation actuelle :

- la médecine dans ses pratiques, bénéficiant de l'apport des sciences exactes, n'est pas elle-même une science exacte, elle agit dans l'incertitude ;
- la médecine se révèle en pratique une négociation, entre des règles strictes de bonnes pratiques, déontologiques et les prises de décisions singulières prises à la demande de multiples des parties, donnant au professionnel l'autorité symbolique et la responsabilité de l'acte, d'où son indépendance requise ;
- la médecine doit se libérer d'un fort paternalisme, heureusement dénoncé, débouchant sur la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; et cela par les associations de patients en ce qui concernait la vérité donnée aux malades et les demandes de second avis ainsi que les recours éventuels au dossier médical, lequel doit être désormais consultable sans aucune pression.

Ainsi, de vraies questions éthiques doivent être évoquées avec les professionnels, sachant que les tensions avec une pratique médicale, laquelle apprend tous les jours de la théorie, scientifique d'un côté, mais aussi intégrant la dimension sociale de l'autre. Les tensions éthiques bénéficient donc à être explicitées — mais, de manière non systématique, mais adaptée à la singularité de chacun. Alors explicitées, et ainsi abordées par les professionnels, la relation médecin-malade s'apparenterait aux médiations nécessaires dans les rapports sociaux, décrites et validées par la philosophie réflexive de Paul Ricœur et les sciences humaines. Sans cette nouvelle posture, dans la conjoncture actuelle, serait créée, voire pérennisée de la suspicion, elle-même risquant d'alimenter l'obscurantisme. Il s'agit, dans ce cadre, d'établir un rapport de personne à personne entre le médecin et son patient, de confiance et de grande humilité devant la douleur et les joies de la vie dont les naissances, ce qui est habituellement réalisé, aux témoignages d'autres personnes ayant accouché. Ce rapport à établir, dont la levure est l'éthique, animé par le dialogue fait entrer l'éthique dans la séméiologie clinique ! Une prise de conscience doit permettre qu'un temps nécessaire et utile soit accordé à cette relation particulière, diminuant la littéracie habituelle qui incite au paternalisme, les personnes malades ne voulant pas avouer soit leur non-compréhension, soit leur manque — souvent réel — d'informations précises et adaptées à leurs personnalités, à leurs besoins et même à leurs désirs.

Ici et maintenant, alimenter la polémique pour la polémique, sous prétexte de lutter contre le paternalisme, le sexisme et les violences, bien que ces combats soient impératifs dans notre société ; serait contre-productif avec le risque que les femmes en général développent une peur, une suspicion, voire une distance indues avant d'accoucher. Ces sentiments seraient injustes pour tous les praticiens

d'une profession et seraient surtout délétères avant toutes les interventions possibles (revoyons ce film qui le montre excellemment avec Michel Piccoli : « La chamade »). Aussi, est-il le moment d'éviter l'entretien de cette juste polémique, laquelle n'aboutirait dans ce rapport global et frontal vis-à-vis d'une profession à le rendre conflictuel, ce qui était déjà reproché au modèle paternaliste.

Autrement dit, sans une volonté d'apaisement médiatique, la relation médicale n'en serait pas du tout améliorée, mais détériorée, et la première victime serait encore le patient, qui doit rester avant tout le bénéficiaire des soins, surtout en l'absence de maladie. La prévention de la souffrance, d'incidents et d'accidents tout comme celle des enfants de petits poids à la naissance, risqueraient de ne pas être entreprises à bon escient comme les mesures préventives et curatives proposées pour la femme et pour l'enfant. Mais, celles-ci devant être consenties, comprises et mutuellement acceptées. Ce n'est que par un sursaut de la faculté qui enseigne et l'hôpital qui délivre les soins que la prise en compte des savoirs scientifiques et techniques et l'habitude de pratiquer correspondront à ce que la déontologie et le bon sens du respect des personnes appellent. Avant tout acte, les résolutions des tensions éthiques s'imposent aux obstétriciens comme à tout autre médecin, au lit du patient, en les invoquant toutes et en prenant pour leurs résolutions l'avis des acteurs intéressés à ces pratiques dont les personnes elles-mêmes et leurs proches sans les réifier, les chosifier aucunement. Aussi, ce sursaut des professionnels à reconsidérer leurs modèles d'effectuation des soins et de la recherche est nécessaire et interpelle les facultés de médecine dans leurs enseignements et les hôpitaux dans leurs pratiques de l'efficacité.

En conclusion, cet appel que nous faisons au nom de la Société française et francophone d'éthique médicale (<http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/>) et de l'Académie internationale d'éthique (<http://iameph.org>)

nouvellement créée en juillet dernier, a pour corollaire un véritable sursaut de la profession toute entière pour que s'effectue une prise de conscience que la médecine n'est pas en dehors des lois et des jugements des citoyens, aucun savoir ne suffirait à les en exempter. Il s'agit même d'une obligation morale à réfléchir éthiquement leurs actes et leurs conséquences. La médecine, tout comme la recherche se révélant être des pratiques sociales, elles se construisent avec et pour les autres dans des institutions justes. Pour cela, il est nécessaire d'imposer un enseignement dans chaque discipline sur les limites éthiques des comportements et les valeurs que les praticiens doivent à tout moment incarner quels que soient leurs statuts — ce sont des postures imposées par la déontologie pour préserver toute discipline médicale et la médecine toute entière. Un tel appel se réfère à leur désormais vigilance constante à tout acte qu'ils proposent et commettent sur une personne, ce n'est qu'ainsi désormais, dans le monde complexe et très dynamique qui est le nôtre, que les professionnels de santé pourront améliorer leur éthique même.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

C. Hervé^{a,*}, Y. Ville^b

^a *Académie internationale éthique, médecine et politiques publiques, 45, rue des Saints-Pères, 75006 Paris, France*

^b *Maternité, hôpital Necker-Enfants-Malades, AP-HP, France*

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : christian.herve@parisdescartes.fr

(C. Hervé)

Disponible sur Internet le 5 octobre 2017