

Référentiel “ Refus de soins: une approche bienveillante”

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1		Création

Indexation : 2024_Refus de Soins accessible sur www.perinatalite-occitanie.fr

Seule la version informatique fait foi.

Périodicité de révision : 5 ans

✓ Rédaction :

- **M. AMRI Eimane** – Juriste en formation – CHU Arnaud de Villeneuve
- **Dr ANTIER Nadiedja** - Médecin réanimateur - CH Ales
- **Dr AZEM-KADOUS Dehia** - Gynécologue-obstétricienne - CHIVA
- **Mme BARDOU CASTANIER Violaine** - Cadre de santé en pédiatrie – CAMPS CH Mende
- **Mme BOYER Cathy** - Sage-femme coordinatrice - Clinique St Roch
- **Mme BURCHET Sabrina** - Responsable qualité – Clinique St Roch
- **Mme CALLIS Johana**, Sage-femme RPO
- **Mme CAMBON Sophie** – Psychologue – CHAC St Girons
- **Mme CHANTELOT Laurence** – Sage-femme coordinatrice - CH Carcassonne
- **Mme CLOZIER VALLAT Emmanuelle** - Sage-femme - DAC 12
- **Mme COTTET-GOFFIN Laurence** – Psychologue – Clinique Clementville
- **Mme CREQUIGNE Amélie** - Sage-femme - CHIC Castres
- **Dr CROS Aurélie** – Pédiatre - CH Carcassonne
- **Dr DOUKSI Talal** - Chef de service pédiatrie - CH Mende
- **Mme GAUBERT Charlotte** - Sage-femme - Maison de naissance Doumaïa
- **Dr GUYONNET Emilie** – Médecin généraliste – Balma
- **Mme LE FLOCH MEUNIER Beatrice** – Infirmière - Structure Régionale d’Appui
- **M.LENOIR François** -Directeur des affaires juridiques – CHU Arnaud de Villeneuve
- **Dr PERRET Judith** – Pédiatre - CH Carcassonne
- **Dr RAGUENES Laurent** – Gynécologue-obstétricien - Clinique Clementville
- **Mme SIRI Anne** - Sage-femme coordinatrice - CH Lavaur
- **Dr THEVENOT Jean** - Gynécologue-obstétricien - Clinique Croix du Sud

✓ Relecture :

- **Dr GUERIN Ludivine** - Pédopsychiatre CHU Paule de Viguier - Toulouse
- **Pr PARICARD Sophie** – Professeur de droit privé à l’IU Champolion - Albi

✓ **Validation** : Conseil scientifique RPO du 12/11/2024

<p>Objet</p>	<p>Ce référentiel, initié à la demande du Conseil Scientifique du Réseau de Périnatalité Occitanie, aborde le refus de soin en période périnatale.</p> <p>Ce référentiel n'aborde pas les refus de prise en charge par les soignants ni le renoncement aux soins en lien avec la vulnérabilité sociale et économique, ni l'accord de soins pour l'enfant mineur.</p>
<p>Domaine d'application</p>	<p>Ce référentiel s'adresse aux équipes des maternités. Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier.</p>
<p>Documents de référence</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le Soin, c'est ce qui fonde notre humanisme -Cynthia Fleury 2019 2. Charte de la personne hospitalisée 2019 3. Loi du 4 mars 2002 4. Loi du 22 avril 2005 5. Article L1111-3 Code de la Santé Publique 6. Article L 1111-4 Code de la santé publique 7. L'article R.4127-47 alinéa 2 du code de la Santé publique 8. Code de déontologie de la sage-femme 28 mai 2021 9. Article L.1110-3 du code de la Santé publique 10. Resoudre_les_refus_de_soins.pdf (sante.gouv.fr) 11. Démarche centrée sur le patient HAS 12. Article R ;4127-36 du Code de la santé publique 13. Code de déontologie médical Article 7 (article R.4127-7 du code de la santé publique) 14. Circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 « relative à la laïcité dans les établissements de santé » 15. Directive qualité portant sur le contenu attendu d'un projet de naissance texte long 03/07/2023 16. Corethique « Accompagner le refus de soins 17. CNNE Avis n°87 refus de traitement et autonomie de la personne 2005 18. Fiches « Soins et laïcité au quotidien » 2015 CDOM 31 19. fiches_soins_et_laicite_au_quotidien.pdf (chu-toulouse.fr) 20. Avis N°87 CCNE 21. Les refus de soins Ethique et Clinique A DUTIER et M JEAN. L'Harmattan fév. 2024 22. Cour de cassation, 28 février 1997,94-19685 23. Code de la santé publique R.4127-37 24. Le refus de soins en gynécologie obstétrique Didier Legais SYNGOF N°03 2023 25. Ordonnance du juge des référés du 16 août 2002, n° 249552, AJDA. Tribunal administratif, 25 août 2002, Gazette du Palais 15/17, septembre, p. 11.

Référentiel

Table des matières

Préambule.....	3
I. Cadre juridique et déontologique	4
II. Refus de soin en pratique	5
III. Refus de soins en obstétrique chez les patientes recevant des soins sans consentement.....	8
IV. Prévention : projet de naissance.....	8
V. Annexe : exemples de refus de soins	9
VI. Annexe Projet de naissance	10

Préambule

Ce document a pour ambition d'être partagé et travaillé en équipe afin d'anticiper les situations problématiques et /ou de les débriefer si elles surviennent.

Le principe du soin a évolué, le consentement aux soins est différent, jadis on consentait aux soins sous l'autorité médicale, aujourd'hui on consent aux soins en partageant un savoir (1).

Le consentement est un préalable indispensable à toute intervention médicale, celui-ci doit être recherché par le praticien.

Le consentement doit être :

- Libre, obtenu sans contrainte. Il doit être renouvelé pour tout nouvel acte de soins.
- Eclairé, une information des traitements, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles et des conséquences éventuelles que ceux-ci pourraient entraîner (6)
- Explicite, avec une attention portée à la parole de la femme/mère/Co parent
- Un acte de soin au même titre qu'un acte diagnostique et thérapeutique

Donner son consentement consiste à donner un accord précis sur un traitement précis à un moment précis. Aucun consentement n'est absolu, définitif et sans condition. (20. P14) C'est un processus évolutif et dynamique.

La recherche du consentement demande donc du temps et nécessite de créer des conditions de ressources humaines suffisantes pour accompagner le consentement dans les meilleures conditions.

Le consentement est oral hormis pour certains examens génétiques, de PMA...

C'est un droit pour le patient (2) et un droit pour le médecin dans leur liberté d'organiser la relation de soin.

« Un soin ne se limite jamais à un traitement car il implique un accompagnement, une écoute, un respect de la personne soignée qui par essence ne peuvent faire l'objet d'un refus et sans lesquels il n'est pas de véritable démarche médicale. Un refus de traitement ne doit jamais être compris comme un refus de soins. » (19).

Pour les professionnels, la problématique du refus de soins recouvre une multitude de situations, complexes en fonction de l'urgence médicale, en fonction des actes de soins refusés et de la façon dont la femme/ couple s'est exprimé.

Le refus pose des questionnements éthiques, juridiques, philosophiques, médicaux, psychologiques et religieux.

I. Cadre juridique et déontologique

Le principe du recueil du consentement existe depuis la fin de la seconde guerre mondiale.

Son fondement juridique est porté par les articles du code civil ci-dessous :

- L'article 16-1 « chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. (...) ».
- Article 16-3 : "Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale (...). Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement (...)".
- L'article 111-4 du Code de la Santé Publique stipule que « Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement or le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

La loi Kouchner du 4 mars 2002 a établi dans un même texte :

- Les droits individuels des malades, notamment :
 - o Droit à l'information (accès au dossier médical, informations sur les traitements et leurs risques, les frais)
 - o Consentement aux soins
 - o Droit de choisir la personne de confiance
- Les droits collectifs des patients
- La responsabilité médicale

Cas particulier :

- Si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée sauf urgence vitale ou impossibilité, sans que la personne de confiance ou à défaut un de ses proches ait été consulté (5)
- Si la personne est un mineur, les titulaires de l'autorité parentale (ou le représentant légal) prennent les décisions concernant sa santé en associant ce dernier. Le mineur a le droit de recevoir une information selon son degré de maturité. Son consentement doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision médicale qui le concerne.
- Les situations de refus de soins indispensables au nouveau-né par ses parents peuvent au maximum relever de la protection de l'enfance. CF référentiel dédié.
- Majeur protégé : celui-ci prend seul les décisions relatives à sa santé, dans la mesure où son état le permet. Le juge peut prévoir une assistance d'une personne chargée de sa protection, voire d'une représentation.

Le corollaire du principe du consentement est le refus de soins, qui est possible pour toute acte de prévention, de diagnostic ou de toute intervention thérapeutique ou de demande d'interruption à tout moment.

Le refus doit être finalisé et non général et abstrait comme pour le consentement. De plus il requiert une information claire et précise sur l'acte, ses risques, ses conséquences.

Le respect du refus de soins est un principe incontournable et un cadre juridique :

Article L. 1111-4 du Code de la santé publique : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable.

Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient...

*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.***

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

L'article 36 du code de déontologie des médecins

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité ».

Dans le code de déontologie de la sage-femme (6) fait référence de l'Article R.4127-306 du code de la santé publique :

« La sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit. La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque la patiente est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent être prévenus et informés, sauf urgence, impossibilité ou lorsque la sage-femme peut légitimement supposer que cette information irait à l'encontre des intérêts de la patiente ou de l'enfant. »

II. Refus de soin en pratique

Il est fondamental que le mode d'accouchement planifié soit discuté le plus tôt possible dans le suivi de la grossesse afin d'en reparler à chaque consultation (en laissant une trace écrite dans le dossier médical) et d'acquiescer la conviction de la bienfaisance et de l'absence de malfaisance potentielle en cas d'acceptation de la demande. Personnaliser le suivi est important, le changement itératif de professionnel pendant la grossesse n'aide pas.

Comment aborder le non-consentement aux soins dans un contexte d'urgence ?

Que ce soit dans un contexte d'urgence ou de non-urgence l'abord psychologique est le même si ce n'est la problématique du temps.

- Travailler le cadre de l'information :

- Instaurer un dialogue bienveillant, aller vers la patiente, comprendre le pourquoi de son choix, légitimer ses ressentis et ses émotions.
- Lors de cet entretien : trouver les points de convergence « vous comme nous nous souhaitons que votre bébé aille bien à la naissance ».
- Donner la possibilité d'un accompagnement par un tiers de confiance, cela permet à l'équipe de prendre la mesure de l'avis des tiers (qui peuvent être soutenant pour l'équipe ou en opposition) et de s'appuyer sur eux le cas échéant
- La patiente doit être le plus possible éclairée, informée des alternatives thérapeutiques envisageables
- Ne pas faire passer un message trop anxiogène qui peut entraîner un déni

- Eviter les situations de rupture. La patiente peut décider et pourra revenir sur sa décision
 - L'information est plus efficace si elle cible davantage le gain de chance que les risques pour la femme/nouveau-né : exemple pour le risque de prématurité « Il est prouvé que si vous restez à l'hôpital, votre bébé aura moins de conséquences s'il naît prématurément ».
 - Informer sur les conséquences du choix des patientes
- **Valoriser la culture pluridisciplinaire :**
- Repérer dans l'équipe qui serait le meilleur interlocuteur pour entrer en relation.
 - Être plusieurs, même dans l'urgence un binôme/trinôme GO/PSY /pédiatre est plus efficace, et plus les liens inter professionnels sont forts, plus la personne pourra accorder sa confiance.
 - Garantir la cohérence informationnelle
 - Voir ce qui est médicalement indispensable, ne pas se rigidifier, trouver des compromis
 - Poser les limites de l'exercice des soignants. Et du besoin de la relation de confiance pour pouvoir travailler.
- **Essayer de comprendre les motivations et les justifications profondes à l'origine de demandes qui sortent des recommandations.**
- Il faut également s'assurer que la femme comprend bien les risques, lui demander de reconsidérer sa décision. Dans certains cas, un soutien psychologique peut s'avérer utile (antécédents de violences, d'inceste...).
 - Il ne faut pas hésiter à encourager la patiente à prendre un second avis (assurance qualité), par exemple son médecin traitant /sage-femme libérale.
- **Adopter une attitude bienveillante**
- Prendre soin de notre propre réaction
 - S'interroger sur sa posture de soignant
 - Être dans le bon jugement : pourquoi la personne ne souhaite pas le soin (apport de sciences cognitives et comportementales)
 - Être dans le non-jugement
 - Accepter l'idée que la patiente ne consente pas au soin, éviter la rupture, la colère, afin que la patiente puisse revenir si elle change d'avis.

Quelles sont les questions à se poser face à une situation de non-consentement aux soins ? (13)

- Quelle est le degré d'importance relative du soin que je propose ?
- Quelles sont les conséquences du choix ?
- Quelle est la capacité de la personne à comprendre les conséquences du choix ?
- Quelles sont les différentes approches qui co-existent face à cette situation ?
- Quelles sont les autres modalités possibles pour prendre en charge ?
- Quelle est l'organisation des soins à adapter ?
- Est-il possible de chercher à convaincre les parties prenantes pour changer d'avis ?
- Sur quel tiers peut-on s'appuyer du côté des soignants et des aidants de la personne ?

Existe-t-il une limite à l'accompagnement possible ?

Dans l'urgence vitale, le médecin et l'équipe peuvent ne pas suivre les directives anticipées le temps d'évaluer la situation et de mettre en place une procédure collégiale.

Le conseil d'état a défini une situation dérogatoire au consentement éclairé à condition que 3 principes cumulatifs soient présents (25) :

- Le pronostic vital est en jeu
- Il n'y a pas d'alternative thérapeutique
- L'acte est essentiel à la survie

Comment se protéger ?

Faire signer des documents au patient ne protège pas le soignant, seule la traçabilité des échanges fait foi.

Aux termes de l'arrêt « HEDREUL » (22) la Cour de Cassation a consacré un renversement de la charge de la preuve, en cas de désaccord, c'est aux soignants de démontrer qu'ils ont prodigué une information et des soins de qualité, encore faut-il retrouver ces informations de façon factuelle et formelle dans les dossiers.

La traçabilité dans le dossier médical de toutes les démarches d'information de consentement de refus de soin ou de procédure collégiale est réglementaire, indispensable et capitale (23). Elle permettra ensuite, si nécessaire, de comprendre et d'analyser les faits lors de la recherche de la vérité médicale.

Les prises de décisions et l'information sont tracées dans le dossier et reprennent les motivations, les avis et témoignages. Tout appel à une aide extérieure, y compris judiciaire ou administrative, doit être relevé dans le dossier. La précision horaire des prises de décision des actes est primordiale. (24)

Où chercher de l'aide, ressources des soignants ?

Un avis extérieur, neutre en soutien reste souhaitable :

- Les collègues et les professionnels ressources soignantes/soignées (Sage-femme libérale, médecin généraliste, PMI...)
- Protocoles de services
- Administrateur de garde pour les centres hospitaliers
- Les assureurs (ligne directe H 24) pour les établissements privés
- Professionnel du champ de la santé mentale rattaché au service
- Comité d'éthique
- Conseil de l'ordre
- Avis d'un conseiller religieux (18 ;19)
- ...

Que faire en sortie d'urgence ?

- Bien renseigner le dossier médical sur les informations données et si la patiente revient sur sa décision pour que toute l'équipe soit coordonnée et reste dans une posture d'accueil. Cela protège, aussi, les soignants.
- Revenir vers la patiente en équipe pour expliquer ce qu'il s'est passé
- Il est possible de solliciter un N+1 pour un débriefing à chaud.
- Possibilité de réaliser un Retex permettant une analyse méthodique et rigoureuse de la situation afin d'en tirer des enseignements (modification des pratiques, des protocoles, formation...). Le pôle gestion des risques du RPO se tient à la disposition des professionnels pour la réalisation d'un RETEX en équipe.
- Retour vers les professionnels ressources de la patiente

- En sortie d'urgence, si l'évolution du refus de soins devient péjorative l'interpellation du Conseil de l'Ordre de sa profession est possible
- La formation continue : sur l'importance du consentement (simulation/ jeux de rôles...)

III. Refus de soins en obstétrique chez les patientes recevant des soins sans consentement

Les soins sans consentement peuvent se pratiquer dans de rares cas réservés à la psychiatrie et ne concernent que les actes de soins psychiatriques. (Fondement consentement L111-4 CSP)

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». Article L.1111-4 CSP. Ce principe fondamental du droit médical ne connaît de restriction pour les patients atteints de troubles mentaux que dans le strict champ des dérogations au principe du consentement admises pour des soins psychiatriques. « Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les chapitres II et IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du Code de procédure pénale ». Art L3211-1 CSP.

La faculté ouverte par le texte de déroger à l'existence de consentement préalable ne concerne donc que les soins psychiatriques. Ainsi, il n'est pas possible d'en étendre la portée à des soins non psychiatriques. Néanmoins, il reste possible d'outrepasser le consentement d'un patient dans les cas prévus par la loi : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, ou la famille ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. ».

L'existence d'un trouble psychiatrique peut altérer la capacité à consentir d'un sujet en réduisant ses capacités de compréhension, d'appréciation, de raisonnement et/ou d'expression de ses choix. L'altération de la capacité à consentir n'abolit pas l'obligation de respecter la volonté du patient.

La mise en place de conditions nécessaires à l'obtention peut être réalisée :

- Par le maintien d'un lien thérapeutique avec la patiente
- Engagement du médecin /équipe multidisciplinaire
- Etablir une concertation pluridisciplinaire
- Traitement psychiatrique adapté
- Mise en place d'entretiens motivationnels
- Appel aux ressources familiales et relationnelles

IV. Prévention : projet de naissance

Le comité **d'éthique** propose dans ses recommandations de tout faire pour éviter que les décisions importantes ne soient prises qu'en situation critique, d'anticiper au maximum les situations afin d'éviter que surgissent des conflits. (17)

Il existe pendant le parcours périnatal des temps d'entretiens, d'accompagnement à la naissance et à la parentalité et un outil encore peu utilisé qui est le projet de naissance.

Issu du Birth plan les 1ers projets de naissance sont nés en France suite de la Charte de la personne hospitalisée de 1995, valorisé par l'OMS (1997) et la HAS (2007) RCP 2017.

Dans le cadre de la certification des établissements la discussion d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse est un critère avancé 1.1-07, il n'est pas exclu que cela devienne un critère obligatoire dans les prochaines années. La HAS demande que celui-ci soit discuté entre les parents et les soignants, la ville et l'établissement.

Le projet de naissance est un outil de communication parents-professionnels pour rendre compatible deux visions complémentaires de la naissance. Ce n'est pas un contrat mais un document qui permet un dialogue continu avec les professionnels qui accompagnent la grossesse et l'accouchement. Plusieurs rencontres au cours de la grossesse peuvent être nécessaires dans certaines situations afin de faire évoluer le projet de naissance.

Dans certains cas une présentation au Staff médical ou vulnérabilité peut être réalisée, une information à la patiente est faite en suivant.

Ce processus de préparation doit permettre à la femme (ou au couple) d'identifier ce qu'elle souhaite partager avec l'équipe qui la recevra, quant à ses forces, ses vulnérabilités, et ses besoins.

Ce projet de naissance permet d'orienter les parents vers l'établissement le plus adapté à leurs attentes (type de maternité, type de prise en charge, plateaux techniques, maison de naissance) mais également, à l'équipe qui les accueillera d'avoir une vision globale de ce qui est important pour eux.

Ces informations permettront aux professionnels d'aller à l'essentiel pour établir rapidement un contact personnalisé.

Sur cette base, le dialogue le jour J est facilité pour créer ensemble les conditions afin que la naissance se déroule le mieux possible, quels que puissent être les imprévus.

L'idée est de « faire ensemble » pour créer une bulle de sécurité physique et émotionnelle afin d'accueillir au mieux les futurs parents/bébés.

V. Annexe : exemples de refus de soins

- **Concernant le refus de césarienne :**

Au regard du droit le fœtus n'a pas de personnalité juridique, ce qui signifie qu'il ne dispose pas de droits. En cas de pronostic vital engagé du fœtus décider d'une césarienne contre la volonté de la patiente, n'est pas entendable, contrairement à l'urgence maternelle.

Le droit du patient de refuser un traitement concrétise le principe supérieur de libre disposition du corps, le principe d'autodétermination mis en exergue dans l'article L.1111-4 du Code de Santé Publique (CSP), ne peut être entendu qu'en l'absence de toute pression extérieure. Le malade est, par principe, libre de refuser les soins qui lui sont proposés. En effet, en vertu de l'article 16-3 du Code Civil, le médecin ne peut intervenir sur un patient sans avoir préalablement recueilli son consentement.

L'article 36 du Code de Déontologie confirme cette position puisque le médecin doit respecter la volonté du malade lorsque celui-ci, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé mais « le médecin ne doit accepter le refus de soins qu'après avoir mis en œuvre tous les moyens de nature à faire prendre au patient la véritable mesure des conséquences de son refus.

Or les cas d'urgence ou d'impossibilité de consentir, la réalisation d'une intervention à laquelle le patient n'a pas consenti oblige l'établissement responsable à réparer tant le préjudice moral subi de ce fait par l'intéressé que, le cas échéant, toute autre conséquence dommageable de l'intervention. [Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 24/09/2012, 336223](#)

- **Refus de transfusion :**

Comme pour tout patient, en cas de refus d'une transfusion exprimé par un témoin de Jéhovah, le médecin doit l'avertir des risques auxquels il s'expose, l'informer des éventuelles alternatives, puis, si le patient réitère son refus, la responsabilité du praticien ne sera pas engagée qu'il :

- Respecte le choix du patient, même jusqu'au décès (CA, Aix en Provence 21,12,2006)
- Ou en cas d'urgence vitale, décide de faire primer la protection de la vie du patient et de transfuser ([CE Feuilletey, 16/08/2002](#) ; jurisprudence constante : récent [CE, 20/05/2022](#)).

- **Refus de prise en charge par un soignant homme :**

L.1111-4 CSP : « Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement (...) le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité ». Les patients ne peuvent pas imposer d'être pris en charge par un homme ou une femme.

VI. Annexe Projet de naissance

[Projet de naissance.pdf \(perinatalite-occitanie.fr\)](#)

(voir document page suivante)



LE PROJET DE NAISSANCE

La naissance de votre prochain enfant peut vous amener à réfléchir aux conditions dans lesquelles vous souhaiteriez accoucher, et à vous questionner sur le sens des pratiques médicales qui pourraient vous être proposées pour concilier bien être et sécurité. L'information, l'accompagnement et le temps jouent un rôle important dans cette réflexion. Ce projet a pour objectif d'ouvrir le dialogue en le partageant au plus tôt avec les professionnels de santé qui vous accompagnent, en ville et en structure. Vos souhaits pourront également évoluer au fil de votre cheminement. Néanmoins, vous n'êtes pas obligée de proposer un tel projet, ni d'avoir des souhaits ou avis sur tous les thèmes qui sont proposés dans ce document.

FAISONS CONNAISSANCE

♦ Quelles sont vos ressources et vos forces pour vivre cette naissance ?

.....

.....

♦ Souhaitez-vous nous communiquer certains éléments de votre histoire personnelle, récente ou passée, qui nous permettrait de vous accompagner au mieux ?

.....

.....

♦ Avez-vous des peurs ou des besoins liés à l'accouchement que vous souhaiteriez partager avec les professionnels qui vous accompagneront ?

.....

.....

LE DÉBUT DE VOTRE ACCOUCHEMENT

♦ Comment envisagez-vous le début de votre accouchement (par exemple, de façon naturelle, après déclenchement médical ou par césarienne programmée, etc.) ?

.....

.....

VOTRE ACCOMPAGNEMENT DURANT LES CONTRACTIONS JUSQU'À LA POUSSÉE

♦ Avez-vous des attentes ou des besoins pour vous sentir à l'aise (par exemple, lumière, musique, baignoire, accéder à une douche, etc.) ?

.....

.....

♦ Comment imaginez-vous pouvoir bouger (marcher pendant le travail, pouvoir vous positionner comme vous le souhaitez, utiliser un ballon, suspension, etc.) ?

.....

.....

VOS SOUHAITS CONCERNANT VOTRE ACCOMPAGNEMENT LORS DE LA PHASE DE POUSSÉE

- Avez-vous des souhaits concernant l'ambiance et l'équipement de la salle d'accouchement (lumière, musique, pouvoir utiliser un miroir pour voir la tête du bébé, etc.) ?

.....

.....

- Avez-vous des souhaits concernant la place et la présence (ou l'absence) de votre accompagnant(e) lors de l'expulsion ?

.....

.....

- Dans quelle position imaginez-vous mettre au monde votre enfant (sur le côté, accroupie, etc.) ?

.....

.....

- Souhaitez-vous partager avec l'équipe la façon dont vous vous êtes préparée pour la poussée ?

.....

.....

- Souhaitez-vous échanger avec les professionnels sur la protection de votre périnée : massages du périnée, compresses chaudes, etc. ?

.....

.....

LES PERSONNES À VOS CÔTÉS

- Quelle(s) personne(s) souhaitez-vous avoir à vos côtés ?

.....

.....

JUSTE APRÈS LA NAISSANCE

- Avez-vous des souhaits concernant le moment où le cordon sera coupé et par qui ?

.....

.....

- Souhaitez-vous partager des souhaits ou préoccupations concernant l'expulsion de votre placenta (délivrance dirigée, etc.) ?

.....

.....

- Avez-vous des attentes concernant l'accueil du bébé : peau à peau avec vous ou votre accompagnant(e), pas d'éloignement d'avec les parents sauf nécessité, etc. ?

.....

.....

.....

- ♦ Avez-vous des souhaits concernant les soins du bébé à la naissance (pesée, examen clinique du bébé, présence de l'accompagnant(e) en cas de réanimation, administration de vitamine K, etc.) ?

.....

.....

- ♦ Quels sont vos souhaits concernant l'alimentation de votre bébé : tétée de bienvenue, alimentation précoce au sein, lait artificiel, etc. ?

.....

.....

ACCOMPAGNEMENT ET SOUTIEN DANS LES JOURS QUI SUIVENT VOTRE ACCOUCHEMENT

- ♦ Avez-vous des souhaits concernant votre accompagnement au cours des jours qui suivent votre accouchement (présence partenaire, visites, durée séjour si en maternité) ?

.....

.....

- ♦ Comment souhaitez-vous être accompagnée pour prendre soin de votre bébé (alimentation, bains, couchage, peau à peau, dépistage néonatal) ?

.....

.....

- ♦ Quels gestes souhaitez-vous savoir faire dans les jours suivant votre accouchement ?

.....

.....

- ♦ Quel soutien supplémentaire souhaiteriez-vous pour vous-même (échanges avec équipe, entretien avec un psychologue, etc.) ?

.....

.....

EN COMPLÉMENT DE CE DOCUMENT AVEZ-VOUS D'AUTRES POINTS QUE VOUS SOUHAITERIEZ ABORDER ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOCUMENT RÉDIGÉ PAR UN GROUPE PROJET COMPOSÉ DE :

- CNGOF - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- CNSF - Collège National des Sages-Femmes de France
- AUDIPOG
- La Société Marcé Francophone
- Infant Mental Health (section francophone)
- Caro - Club Anesthésie-Réanimation en Obstétrique
- SFMP - Société Française de Médecine Périnatale
- CIANE - Collectif Interassociatif Autour de la Naissance
- ANSFC - Association Nationale des Sages-Femmes Coordinatrices
- ANSFL - Association Nationale des Sages-Femmes Libérales