

UNIVERSITE D'ANGERS

UFR de médecine

Ecole de Sages-Femmes – René Rouchy

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**Connaissances et Perception du risque médico-légal en salle de
naissances par des sages-femmes hospitalières**

Etude multicentrique descriptive basée sur un auto-questionnaire distribué aux
sages-femmes de trois établissements hospitaliers

Mémoire présenté et soutenu par :

Julie LE COQ

Née le 22 novembre 1989

Directrice de mémoire : Madame ROUILLARD

Promotion 2009 - 2013

UNIVERSITE D'ANGERS

UFR de médecine

Ecole de Sages-Femmes – René Rouchy

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**Connaissances et Perception du risque médico-légal en salle de
naissances par des sages-femmes hospitalières**

Etude multicentrique descriptive basée sur un auto-questionnaire distribué aux
sages-femmes de trois établissements hospitaliers

Mémoire présenté et soutenu par :

Julie LE COQ

Née le 22 novembre 1989

Directrice de mémoire : Madame ROUILLARD

Promotion 2009 - 2013



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée, Mlle Le Coq Julie, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisé pour écrire ce mémoire.

Signature:

Remerciements

Je tenais à remercier plus particulièrement,

Madame Cécile Rouillard, ma directrice de mémoire, pour son aide à la réalisation de ce travail, pour sa gentillesse et sa disponibilité

Madame Pasquier et Madame Jousset,

L'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes d'Angers,

Mes parents et mes frères, pour me soutenir et me supporter en toutes circonstances,

Le MMPJ, pour cette belle amitié

Mes amies étudiantes sages-femmes, pour ces quatre pétillantes années,

Et enfin, Sylvain, pour son aide précieuse et pour tout le reste...

Sommaire

Glossaire	- 8 -
Introduction	- 9 -
1. Généralités	- 10 -
1.1. Historique	- 10 -
1.1.1. La notion de médico-légal	- 10 -
1.1.2. Evolution de la morbi-mortalité maternelle et néonatale	- 10 -
1.2. Contexte actuel.....	- 11 -
1.3. La profession de sage-femme.....	- 12 -
1.3.1. La profession de sage-femme, une profession médicale à compétences définies.....	- 12 -
1.3.2. Les responsabilités de sage-femme.....	- 13 -
1.3.3. La responsabilité sanction	- 14 -
1.3.3.1. La responsabilité pénale.....	- 14 -
1.3.3.2. La responsabilité disciplinaire	- 14 -
1.3.4. La responsabilité civile ou administrative	- 15 -
1.4. L'exercice hospitalier	- 16 -
1.4.1. Spécificités liées aux statuts de la fonction publique hospitalière.....	- 17 -
1.4.1.1. La faute détachable au service.....	- 17 -
1.4.1.2. La faute volontaire	- 18 -
1.4.2. Spécificités d'activité	- 18 -
1.5. Exercice hospitalier en salle de naissances.....	- 19 -
2. Avant propos	- 20 -
3. Matériel & Méthodes	- 21 -
3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion	- 21 -
3.2. Méthode	- 21 -
3.2.1. Méthode de recueil	- 21 -
3.2.2. Outil utilisé et critères	- 21 -
3.2.3. Méthode d'analyse	- 22 -

4.	Résultats	- 23 -
4.1.	Partie 1 : Vous	- 23 -
4.2.	Partie 2 : Connaissances du champ de compétences d'exercice professionnel.....	- 25 -
4.3.	Partie 3 : Connaissances médico-légales des professionnels	- 27 -
4.4.	Partie 4 : Ressenti face au risque médico-légal	- 30 -
5.	Discussion	- 34 -
5.1.	Critique de la méthode	- 34 -
5.2.	Analyse des résultats	- 35 -
5.2.1.	Connaissance du droit de prescription de la sage-femme	- 36 -
5.2.2.	Formations continues proposées aux sages-femmes	- 39 -
5.2.3.	Le ressenti des sages-femmes	- 42 -
	Conclusion	- 44 -
	Bibliographie	- 45 -
	Annexes.....	- 47 -
	Annexe 1 : Article R. 4127-318 du code de la santé publique	- 47 -
	Annexe 2 : Liste des classes thérapeutiques autorisées aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des femmes	- 49 -
	Annexe 3 : Liste des classes thérapeutiques ou des médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des nouveaux-nés.....	- 51 -
	Annexe 4 : Liste des médicaments classés comme stupéfiants autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription	- 52 -
	Annexe 5 : Questionnaire.....	- 53 -
	Annexe 6 : Correction des parties 2 et 3 du questionnaire	- 59 -

Glossaire

A.R.C.F. : Anomalies du rythme cardiaque foetal

C.H. : Centre hospitalier

C.H.U. : Centre hospitalier universitaire

C.R.C.I. : Commission régionale de conciliation et d'indemnisations

C.S.P : Code de la santé publique

D.A.-R.U. : Délivrance artificielle-Révision utérine

D.E. : Diplôme d'état

D.I.U. : Diplôme inter-universitaire

D.P.C. : Développement professionnel continu

D.U. : Diplôme universitaire

E.P.P. : Evaluation des pratiques professionnelles

E.R.C.F. : Enregistrement du rythme cardiaque foetal

H.A.S. : Haute autorité de santé

H.P.S.T. : Hôpital, patient, santé, territoire

I.N.S.E.R.M. : Institut national de la santé et de la recherche médicale

I.V. : Intra-veineuse

M.A.C.S.F : Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français

R.C.P. : Résumé des caractéristiques pharmaceutiques

Sham : Société hospitalière d'assurances mutuelles

Introduction

Au long de nos cinq années d'études et travers nos stages en salle de naissances, nous avons entendu régulièrement parler du risque médico-légal, et du stress que pouvaient ressentir les équipes face à ce risque. C'est pourquoi, pour notre mémoire de fin d'études, nous avons choisi de nous intéresser aux connaissances et à la perception du risque médico-légal par des sages-femmes hospitalières. A la lecture de la bibliographie, nous n'avons retrouvé aucune étude traitant de ce thème. C'est pourquoi nous nous sommes proposés de l'explorer.

Afin d'assurer la pertinence de notre recherche, nous avons décidé de limiter notre lieu d'étude au risque médico-légal de la salle de naissances, lieu le plus exposé selon nous à celui-ci.

L'objectif principal, de notre étude, était de faire un état des lieux des connaissances médico-légales de sages-femmes hospitalières. Les deux objectifs secondaires, étaient de faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes hospitalières sur leur champ de compétences en salle de naissances et de connaître leur ressenti face au risque médico-légal en salle de naissances.

Dans une première partie « Généralités », nous réaliserons un court historique du risque médico-légal, puis nous préciserons les spécificités du risque médico-légal pour les sages-femmes hospitalières exerçant en salle de naissances. Dans une seconde partie, « Matériel et méthodes », nous définirons notre méthode de travail pour cette étude. Puis successivement nous aborderons les résultats bruts de notre étude et leurs analyses.

1. Généralités

Dans cette première partie, nous ferons tout d'abord quelques rappels historiques et une présentation du contexte actuel. Nous définirons ensuite la profession de sage-femme ainsi que ses spécificités juridiques. Enfin nous détaillerons les spécificités de l'exercice hospitalier et plus particulièrement celui de la salle de naissances.

1.1. Historique

1.1.1. La notion de médico-légal

Dans l'historique de la profession, la notion de risque médico-légal s'est majoritairement développée à la suite d'actions en justice intentées par des patients à l'encontre de médecins. Ces procès ont fait prendre conscience, à l'ensemble du corps médical, de l'existence d'un réel contrat entre praticien et patient, dans lequel chaque partie a un certain nombre de droits mais également un certain nombre de devoirs.

1.1.2. Evolution de la morbi-mortalité maternelle et néonatale

Les progrès médicaux et scientifiques, notamment en obstétrique, ont permis une baisse importante de la morbi-mortalité maternelle et néonatale. Ceci a entraîné dans l'inconscient collectif, une impression d'une naissance médicalement maîtrisée ; dès lors l'incident n'est plus ni entendu, ni compris [1].

Nous pouvons faire ce constat, en dressant le parallèle entre l'évolution de la mortalité maternelle et néonatale, et l'évolution du nombre de procès intéressant l'obstétrique et notamment les sages-femmes.

En France, en trente ans (1947-1977), le taux de mortalité maternelle (le nombre de décès liés à la maternité pour 100 000 naissances vivantes) a diminué de 85,5 à 16,3 [2].

De même, en trente ans (1976-2006), la mortalité néonatale précoce (décès du nouveau-né dans la première semaine de vie) a diminué de 5 à moins de 2 pour 1000 naissances [3].

Paradoxalement en dix ans (1970-1980), on a assisté à une nette augmentation du nombre de procès [1].

Actuellement, les taux de mortalités maternelles et néonatales, ainsi que le nombre de procès se stabilisent.

1.2. Contexte actuel

Il n'existe pas de chiffres précis émis sur le nombre de dossiers traités par les tribunaux français ayant incriminé des sages-femmes. En effet, les affaires ne sont pas jugées par les mêmes juridictions, certains dossiers sont traités par plusieurs d'entre elles et peuvent être examinés par des tribunaux de première instance, de deuxième instance et de cassation. De plus certains dossiers mettent plusieurs années à être clôturés.

Ainsi, nous proposons un état des lieux à partir des rapports d'activités de deux grandes assurances privées (la Sham et le Sou Médical-M.A.C.S.F.).

Le Sham (Société hospitalière d'assurances mutuelles) est une société d'assurances spécialisée dans l'assurance des établissements de santé (qu'ils soient publics ou privés), des établissements du secteur médico-social et des professionnels de santé. Aujourd'hui en France, le Sham assure, via des établissements de santé, près de 2 accouchements sur 3. Selon le bilan des risques médicaux de l'année 2011 du Sham, il y a eu, en 2011, 39 décisions de justice dépendant de l'obstétrique où la responsabilité de l'établissement de santé a été retenu : 30 condamnations pour faute médicale, 4 pour infections nosocomiales, 2 pour défaut d'information, 3 pour défaut d'organisation et de fonctionnement du service [4, 5].

Le Sou médical – M.A.C.S.F. (Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français) est une assurance privée qui couvre pour leur responsabilité civile professionnelle, en 2012, environ 65% des sages-femmes en exercice (quelque soit leur activité).

Dans leur rapport d'activité « Le risque des professionnels de la santé en 2010 », on retrouve, sept affaires incriminant des sages-femmes, dont deux ayant entraîné la condamnation de ces dernières.

Selon ce même rapport, l'obstétrique est la deuxième spécialité où le total des indemnisations est le plus élevé.

En 2010, ce sont 5 dossiers en rapport avec l'accouchement qui apparaissent dans les sinistres les plus graves [6].

1.3. La profession de sage-femme

Les sages-femmes peuvent exercer dans différents domaines : libéral, salarié du secteur privé, salarié du secteur public hospitalier; selon l'article L4151-5 du code de la santé publique (C.S.P.) [7].

Pour pouvoir exercer la profession de sage-femme, il faut avoir obtenu le diplôme d'état de sage-femme, être de nationalité française (ou ressortissant européen avec une formation dont la liste est détaillée dans l'article L4151-5 du C.S.P.) et dans tous les cas être inscrits au tableau de l'ordre des sages-femmes [8].

1.3.1. La profession de sage-femme, une profession médicale à compétences définies

Les conditions d'exercice de la sage-femme et son champ de compétences sont détaillés dans la partie législative du code de la santé publique, dans le chapitre I du titre V du livre I de la quatrième partie [9].

Ainsi, « l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret. » (Article L4151-1 du C.S.P.).

Les compétences de la sage-femme sont aussi détaillées dans le code de déontologie, inclus dans le code de la santé publique article R.4127-301 à R.4127-324 avec notamment l'article

R. 4127-318 qui détaille les actes qu'une sage-femme peut réaliser (Annexe 1). Cette liste a été mise à jour en juillet 2012 [9].

Il faut ici souligner l'importance donnée à la restriction de l'exercice autonome de la sage-femme au champ de la physiologie gynécologique, obstétricale et pédiatrique.

Son autonomie est donc circonscrite à la physiologie. Ainsi dès qu'une pathologie est diagnostiquée, la professionnelle a l'obligation de référer de cette situation à un médecin (anesthésiste-réanimateur, pédiatre et/ou gynécologue-obstétricien).

Au même titre que les autres professions médicales, les sages-femmes ont un droit de prescription. Celui-ci s'exerce dans le cadre de compétences définies. Les sages-femmes peuvent donc prescrire des médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur « une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé » (Art. L.4151-4 du C.S.P.), et seulement ceux-ci. Cette liste est fixée par l'arrêté du 4 février 2013 publiée au journal officiel du 13 février 2013 (Annexes 2, 3 et 4).

Ainsi, Les sages-femmes peuvent prescrire plusieurs classes thérapeutiques ou des médicaments :

- Après des patientes, de manière autonome, en renouvellement de prescription faite par un médecin, ou en cas d'urgence dans l'attente du médecin ;
- Après des nouveaux-nés, de manière autonome ou en cas d'urgence dans l'attente du médecin.

1.3.2. Les responsabilités de sage-femme

Les responsabilités des sages-femmes sont multiples : civile ou administrative, pénale et disciplinaire. Selon l'objectif du requérant (patient, famille, consoeur, Ministère, Conseil de l'Ordre...), différentes responsabilités pourront être engagées.

Ces responsabilités, bien que non spécifiques à la profession de sage-femme, étaient importantes à redéfinir pour pouvoir comprendre de quels cadres juridiques la sage-femme dépend.

1.3.3. La responsabilité sanction

1.3.3.1. La responsabilité pénale

La responsabilité pénale est une responsabilité sanction qui peut condamner les actes et faits d'une sage-femme. Celle-ci est engagée lorsqu'il y a une infraction au code pénal.

Cette responsabilité est personnelle, c'est à dire que la sage-femme ne peut être poursuivie que pour des actes qu'elle a effectué ou omis d'effectuer et non pour une infraction commise par une autre personne. En cas d'amende ou de peine de prison, la sage-femme devra endosser seule la responsabilité, il n'y pas de système assurantiel possible [10, 11].

La sage-femme doit répondre de ses faits et gestes, ou de l'absence de ceux-ci, devant le tribunal de police, le tribunal correctionnel ou devant la cour d'assise en fonction du type d'infraction (contravention, délit ou crime). Un appel est possible en Correctionnelle, et un pourvoi en cassation auprès de la Cour de cassation.

Les principales infractions de droit commun applicables aux sages-femmes sont :

- Les fautes « contre l'humanisme » : l'abstention de secours à personne en péril, la violation du secret professionnel et la réalisation de faux certificats ;
- L'homicide et les blessures involontaires ;
- L'homicide et les blessures volontaires.

A chacune de ces infractions correspondent des peines prévues par la loi : emprisonnement et amendes.

Le plaignant peut, lors d'une action pénale, se constituer partie civile, afin d'entamer une seule procédure, ayant pour but à la fois la sanction de la sage-femme et l'indemnisation du préjudice (cf « 4.3.2.2. La responsabilité civile ou administrative »).

1.3.3.2. La responsabilité disciplinaire

La responsabilité disciplinaire est engagée lorsqu'il existe une infraction au code de déontologie des sages-femmes. Ces affaires sont jugées, non pas par un tribunal, mais par le Conseil de l'Ordre des sages-femmes. La sage-femme est donc jugée par ses pairs.

Le code de déontologie énonce les principes que la sage-femme doit suivre et non pas des infractions comme dans le code pénal.

Il existe plusieurs instances : ainsi, la chambre disciplinaire de première instance dépend des conseils inter-régionaux et la chambre disciplinaire de seconde instance ou dite chambre disciplinaire nationale siège auprès du Conseil National de l'Ordre. Un pourvoi en cassation est possible auprès du conseil d'état.

Les sanctions peuvent aller de l'avertissement à la radiation du tableau de l'ordre (qui correspond à une interdiction définitive d'exercer) en passant par le blâme, l'interdiction temporaire d'exercer et l'interdiction temporaire d'exercice des fonctions professionnelles au sein de collectivités publiques [10, 12].

1.3.4. La responsabilité civile ou administrative

Il s'agit ici de responsabilités indemnitaires.

Par cette démarche, le plaignant cherche à être indemnisé, du dommage qu'il a subi, via le versement de dommages et intérêts. La responsabilité est dite civile si la personne est une personne privée, le juge compétent est alors le juge civil. Elle est dite administrative si la personne est employée par un établissement public (un employé de l'Etat), ce qui est le cas des sages-femmes hospitalières. Le tribunal compétent est alors le tribunal administratif [10,11].

En cas de condamnation par un tribunal, l'indemnisation sera à la charge, pour une sage-femme n'exerçant pas dans un hôpital, de son assurance professionnelle ; et à la charge de l'assurance de l'hôpital pour les sages-femmes hospitalières (qu'elles soient titulaires ou non). Si la sage-femme exerce dans un établissement privé, des cas de jurisprudence ont condamné, dans le cas où la sage-femme avait agi dans le cadre de la mission qui lui était impartie, l'assurance de l'établissement privé à indemniser la victime [13].

Les particularités de la responsabilité administrative de la sage-femme hospitalières seront détaillées dans le chapitre « 4.5. Exercice hospitalier en salle de naissances ».

Pour que cette responsabilité soit engagée, une « triple preuve » doit être amenée : il doit être prouvé que la sage-femme a commis une « faute », qu'il y a eu un dommage pour la patiente ou l'enfant, et qu'un lien de causalité entre la faute et le dommage soit établi.

Il peut s'agir d'une faute technique ou d'un manquement aux règles d'humanité (le plus souvent un défaut d'information). Les préjudices, quant à eux, peuvent être corporel,

patrimonial, économique et/ou moral. Si le lien de causalité n'est pas clairement établi, on pourra parler de perte de chance : la faute n'ayant pas entraîné directement le dommage, mais n'ayant pas donné toutes les chances à la patiente ou au nouveau-né.

La sage-femme est soumise à une obligation de moyens et non de résultats quelque soit l'acte qu'elle accomplit. La sage-femme doit donc tout mettre en oeuvre pour réaliser des actes consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science.

En dehors de la voie judiciaire, et de l'arrangement amiable avec l'hôpital, en cas de dommage, la patiente a une autre solution pour être indemnisée : la commission régionale de conciliation et d'indemnisations (C.R.C.I.).

Les C.R.C.I. ont été créées par la loi du 04 mars 2002, elles permettent l'indemnisation d'un dommage qui résulte ou non d'une faute médicale (indemnisation des aléas thérapeutiques notamment). Elles ont l'avantage de traiter plus rapidement les dossiers que les juridictions civiles ou administratives, mais nécessite des conditions spécifiques de recevabilité.

La patiente peut intenter les deux actions en même temps : l'une devant les juridictions civiles ou administratives et l'autre devant les C.R.C.I.

Si le dossier est recevable, la C.R.C.I. proposera une indemnisation à la patiente : si elle accepte cela clôt la voie judiciaire, sinon la patiente peut continuer ou intenter action devant les juridictions civiles ou administratives. Il n'existe pas de « C.R.C.I. de seconde instance », il n'y a donc pas d'appel possible.

1.4. L'exercice hospitalier

Dans son exercice hospitalier, il existe pour la sage-femme des spécificités juridiques et d'activité, ainsi que certaines liées à son exercice en salle de naissances.

Le 1er janvier 2011, le fichier du conseil national de l'ordre dénombrait 18766 sages-femmes en activité, dont 74% exerçaient dans le secteur hospitalier [12].

Il n'existe pas, à l'issue de nos recherches, de chiffres indiquant combien de sages-femmes exercent chaque année en salles de naissances. En effet, selon l'organisation des hôpitaux, les sages-femmes peuvent effectuer, ou non, au moins une garde en salle de naissances chaque année.

1.4.1. Spécificités liées aux statuts de la fonction publique hospitalière

A l'hôpital, les sages-femmes dépendent du statut d'agent de la fonction publique. Il est défini par l'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant sur les droits et obligation des fonctionnaires (dont la version a été consolidée au 08 août 2012) : « Les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions et conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales, d'une protection organisée par la collectivité publique qui les emploie à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire au fonctionnaire. Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui. »

Ainsi, lorsqu'une sage-femme hospitalière entraîne par sa faute un dommage, c'est à l'hôpital (« la collectivité publique ») d'indemniser la victime. L'hôpital ne pourra pas se retourner vers l'agent pour obtenir un remboursement des dommages et intérêts versés à la victime. Cependant l'hôpital pourra prendre des sanctions administratives envers l'agent concerné (avertissement, blâme, report de titularisation, gel de notation...). Ceci s'applique, que la sage-femme hospitalière soit titulaire ou non [13].

Il existe cependant deux situations d'exception. Elles sont à prendre en compte car elles peuvent faire évoluer le cadre juridique.

1.4.1.1. La faute détachable au service

La première exception est la faute détachable du service. Cette exception peut être invoquée dans deux situations [14].

Soit, la faute est commise en dehors de l'exercice professionnel. Par exemple, si une sage-femme hospitalière effectue un accouchement au domicile d'une patiente, l'hôpital ne serait être tenu responsable des conséquences de cet accouchement.

Soit, la faute est d'une gravité exceptionnelle telle qu'elle ne peut être rattachée au fonctionnement du service. A titre d'exemple, il y a eu une condamnation d'un gynécologue-obstétricien et d'une sage-femme ayant fui la salle de naissances lors d'un incendie laissant la patiente anesthésiée (arrêt de la cour de cassation du 2 octobre 1956) [15].

La faute détachable du service est une situation extrêmement rare, mais dans ce cas la sage-femme sera jugée comme une personne privée par les juridictions civiles (et non plus administratives). C'est pour cela qu'il est recommandé aux sages-femmes hospitalières de souscrire, à titre personnel, à un contrat de responsabilité professionnelle auprès d'une assurance qui la supportera dans ces circonstances.

1.4.1.2. La faute volontaire

D'une manière générale, si le fonctionnaire entraîne un dommage volontairement, il est responsable. Dans ce cas aussi, la sage-femme sera jugée comme une personne privée devant les juridictions civiles.

Les sages-femmes hospitalières sont donc soumises à des spécificités juridiques : d'une part les responsabilités pénale et disciplinaire sont inchangées, d'autre part la responsabilité administrative dépend d'un cadre juridique particulier.

1.4.2. Spécificités d'activité

Selon l'article « Les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privées, Résultats d'une enquête dans 11 régions » de B. Blondel, « Pour de nombreuses pratiques et décisions dans les différents secteurs de l'obstétrique, les responsabilités médicales des sages-femmes sont plus importantes dans les maternités publiques que dans les maternités privées [...]. Dans les maternités publiques, elles sont plus développées dans les centres hospitaliers universitaires que dans les autres maternités » [16].

Dans cette étude, toutes les sages-femmes des maternités publiques réalisaient les accouchements eutociques pour une grossesse normale contre 77,3% et 89,9% pour les sages-femmes de maternités privées respectivement à but lucratif et non lucratif.

La sage-femme hospitalière et la sage-femme d'un établissement privé, bien que travaillant toutes deux en salles de naissances, ne réalisent pas les mêmes actes. C'est pour cette raison que nous avons décidé d'étudier la pratique des sages-femmes hospitalières.

1.5. Exercice hospitalier en salle de naissances

La sage-femme est, en salle de naissances, elle même au coeur de trois disciplines : l'obstétrique, la pédiatrie et l'anesthésie-réanimation. Dans les situations physiologiques, la sage-femme exerce de manière autonome (lors de la prise en charge de l'accouchement, et celle de l'examen du nouveau-né).

En cas de situations pathologiques, elle doit comme nous l'avons vu précédemment, en référer au médecin. Elle se retrouve alors au centre d'une équipe pluridisciplinaire comprenant notamment des pédiatres, des gynécologues-obstétriciens et des anesthésistes-réanimateurs. La sage-femme peut être considérée comme le premier maillon d'alerte en cas de survenue de pathologies et comme coordinatrice d'une équipe médicale pluridisciplinaire.

A la suite de l'analyse de plusieurs jurisprudences, pour les dossiers incriminant des sages-femmes hospitalières en salles de naissances, on peut noter qu'il est le plus souvent reproché à la sage-femme :

- l'absence de respect des règles de l'art et du code de déontologie,
- la négligence,
- le dépassement de ses compétences,
- le retard à l'appel du médecin [1].

2. Avant propos

L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux des connaissances médico-légales, de sages-femmes hospitalières.

Les deux objectifs secondaires de notre étude étaient de :

- Faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes hospitalières sur leur champ de compétences en salle de naissances ;
- Connaître leur ressenti face au risque médico-légal en salle de naissances.

3. Matériel & Méthodes

Il s'agit d'une étude multicentrique descriptive prospective. Les données ont été recueillies par un auto-questionnaire (Annexe 5) distribué du 6 novembre au 10 décembre 2012 aux sages-femmes de maternités publiques de différents types du Réseau Sécurité Naissance des Pays de Loire:

- le C.H.U. d'Angers (type III),
- le C.H. de Laval (type II),
- le C.H. du Nord Mayenne (type I).

3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus dans notre étude, toutes les sages-femmes en exercice, dans ces trois établissements, soit 120 sages-femmes.

Nous avons exclus de notre étude, les questionnaires ayant été rendu après le 10 décembre 2013, ainsi que ceux remplis par des sages-femmes n'exerçant pas dans un des trois établissements concernés.

3.2. Méthode

3.2.1. Méthode de recueil

Le questionnaire a été envoyé par mail, sous la forme d'un google document®, aux cadres qui ont, soit transféré le lien (C.H.U d'Angers et C.H. de Laval), soit imprimé le questionnaire et distribué (C.H. de Mayenne).

3.2.2. Outil utilisé et critères

Nous avons réalisé un questionnaire standardisé afin de pouvoir analyser de façon homogène les informations collectées.

Le questionnaire utilisé comportait 5 parties :

- La première partie intitulée « Vous » demandait aux sages-femmes de renseigner leur sexe, année de formation, lieu de formation, lieu d'exercice...

- La deuxième partie intitulée « Connaissances du champ de compétences d'exercice de la sage-femme » interrogeait les sages-femmes sur leurs connaissances des textes qui énonçaient les compétences des sages-femmes, les actes techniques qu'elles avaient le droit, ou non, de réaliser, des médicaments qu'elles avaient le droit, ou non, de prescrire...
- La troisième partie intitulée « Connaissances en matière médico-légale » interrogeait les sages-femmes sur leurs connaissances juridiques, le cadre juridique d'exercice de leur profession en salle de naissances au sein d'un hôpital, les différentes responsabilités auxquelles elles étaient soumises...
- La quatrième partie intitulée « Votre ressenti face au risque médico-légal » permettait aux sages-femmes de traduire leur ressenti de la pression en salle de naissances, et de la comparer à celle ressentie dans d'autres services, la confiance dans l'organisation du service, l'envie de participer à des formations continues...
- La cinquième partie « Commentaires » permettait aux sages-femmes de s'exprimer sur ce questionnaire et sur ce sujet.

3.2.3. Méthode d'analyse

L'ensemble de l'étude a été rédigé à l'aide du logiciel OpenOffice.org© Writer 3.1.1.

Pour le masque de saisie et la saisie de données, nous avons utilisé le logiciel OpenOffice.org© Calc 3.1.1.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de OpenOffice.org© Calc 3.1.1. et OpenEpi. Les données en pourcentage ont été arrondies au dixième.

4. Résultats

Nous avons analysé 78 questionnaires, soit un taux de réponse 75,0%.

Pour une lecture facilitée, nous avons décidé de présenter nos résultats en reprenant les différentes parties du questionnaire.

4.1. Partie 1 : Vous

Question 1 : 2 hommes ont répondu à notre questionnaire, soit 2,6 % ; et 76 femmes, soit 97,4 %.

Question 2 : Année d'obtention du diplôme d'Etat.

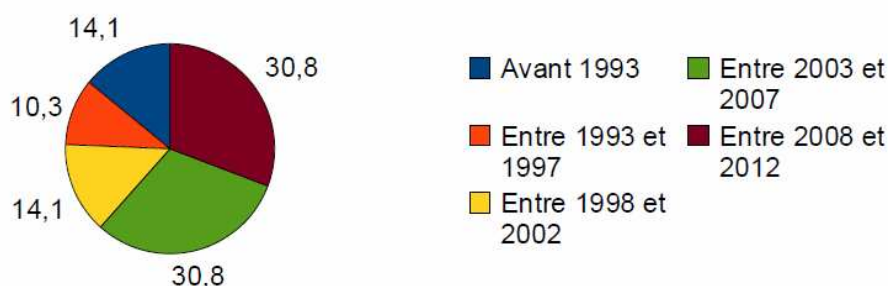


Figure 1 : Répartition des sages-femmes de notre étude, en fonction de l'année d'obtention de leur diplôme d'état, en pourcentage (n=78).

Question 3 : Lieu de la formation initiale.

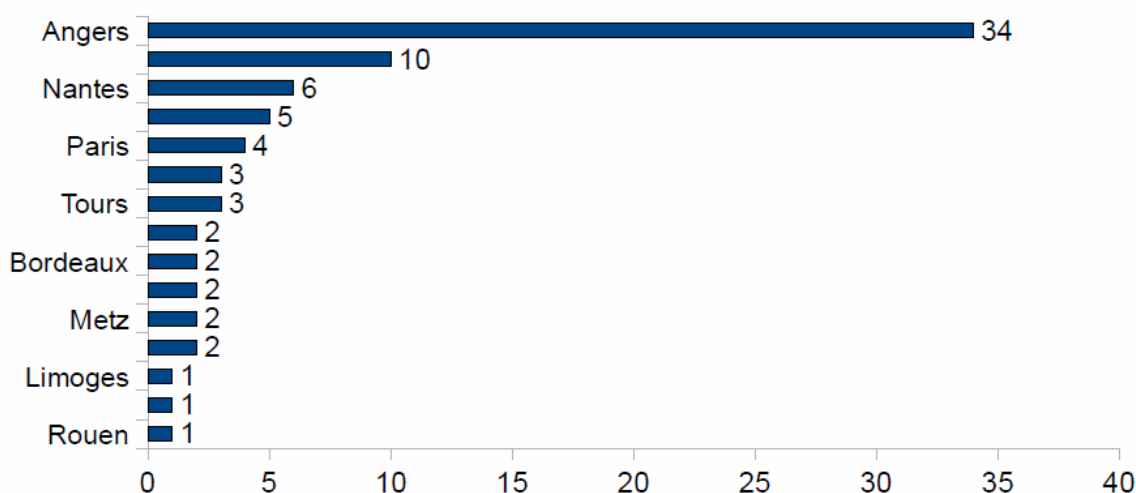


Figure 2 : Répartition des sages-femmes de notre étude, en fonction de leur lieu de formation initiale (n=78).

Question 4 : Parmi les sages-femmes ayant participé à notre étude :

- 67,9% exercent au C.H.U. d'Angers,
- 17,9% exercent au C.H. de Laval,
- 14,1% exercent au C.H. du Nord Mayenne.

Question 5 : Durée d'exercice dans l'établissement.

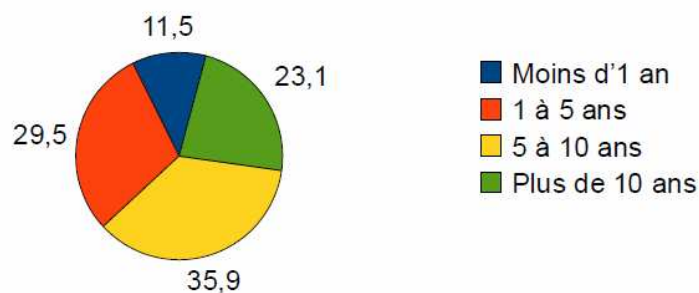


Figure 3 : Répartition des sages-femmes de notre étude, en fonction de leur durée d'exercice dans l'établissement, en pourcentage (n=78).

Question 6 : 92,3% des sages-femmes ont effectué au moins une garde en salle de naissances au cours de l'année passée.

Question 7 : 92,3% des sages-femmes ont souscrit à une responsabilité civile professionnelle.

Question 8 : 5,1% des sages-femmes ont suivi une formation continue axée sur le risque professionnel juridique de la sage-femme.

4.2. Partie 2 : Connaissances du champ de compétences d'exercice professionnel

Question 10 : Quel(s) texte(s) énonce(nt) les compétences des sages-femmes ?

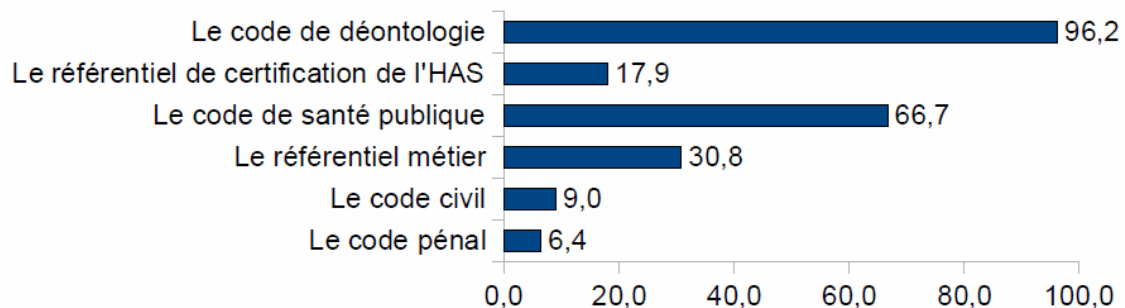


Figure 4 : Textes énonçant les compétences des sages-femmes, d'après les sages-femmes ayant répondu à notre étude, en pourcentage (n=78).*

* : 12,8% ont cité de manière exhaustive les textes qui énoncent les compétences des sages-femmes, à savoir le code de déontologie, le code de santé publique et le référentiel métier.

Question 11 : Quel(s) document(s) a(ont) une valeur juridique en matière médico-légale ?

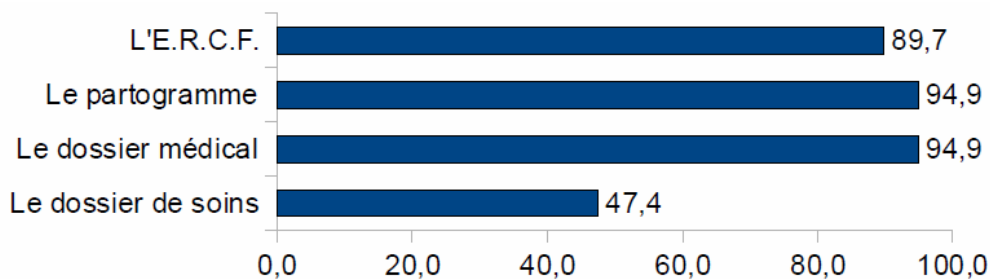


Figure 5 : Documents ayant une valeur médico-légale, d'après les sages-femmes ayant répondu à notre étude, en pourcentage (n=78).*

* : 42,3% des sages-femmes ont cités les quatre documents.

Question 12 : 72,9% des sages-femmes, ayant répondu à notre étude, pensent que la sage-femme ne doit pas prévenir l'obstétricien de garde avant de demander une anesthésie loco-régionale pour une patiente.

Question 13 : La sage-femme a-t-elle le droit de réaliser une D.A.-R.U. ?

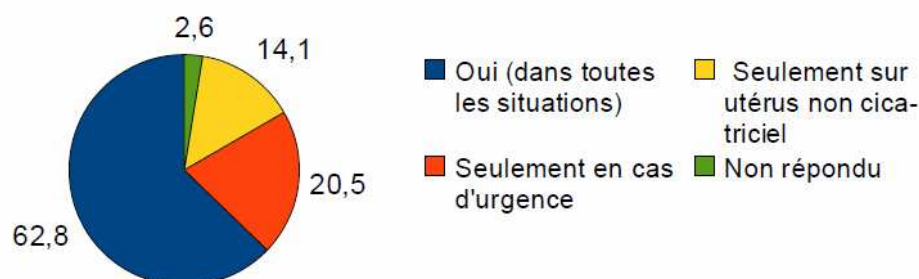


Figure 6 : Situations dans lesquelles une sage-femme peut réaliser une D.A.-R.U., selon les sages-femmes ayant répondu à notre étude, en pourcentage (n=78).*

* : Pour celles qui ont répondu (n=76), la sage-femme peut réaliser une D.A.-R.U.

Question 14 : 30,8% des sages-femmes, ayant répondu à notre étude, pensent que la sage-femme peut décider de réaliser un pH au scalp, en cas d'A.R.C.F.

Question 15 : 71,8% des sages-femmes, ayant répondu à notre étude, pensent que la sage-femme peut réaliser le geste du pH au scalp, en cas d'A.R.C.F.

Question 16 : La sage-femme a-t-elle le droit de prescrire de manière autonome ?

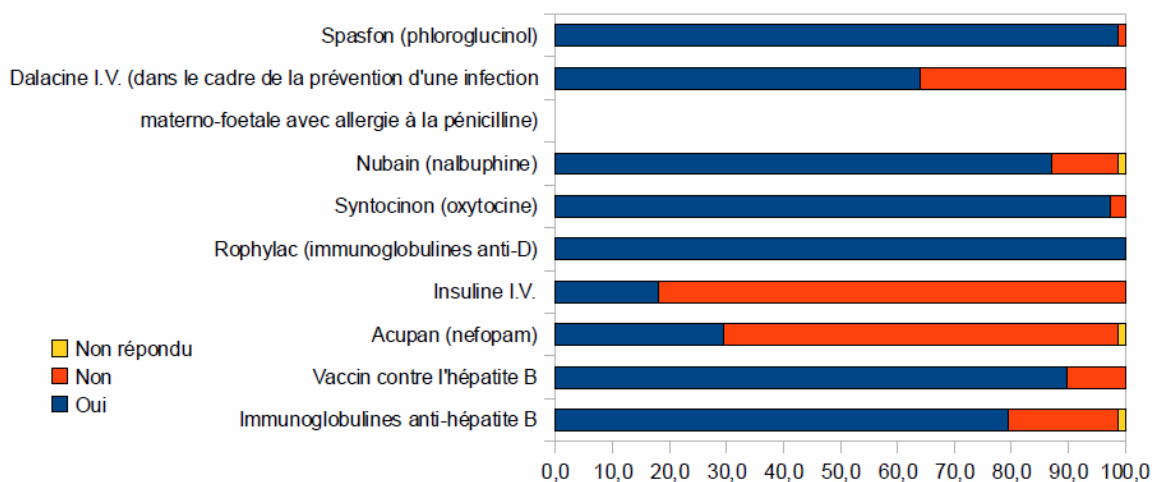


Figure 7 : Possibilité de prescription autonome par la sage-femme de médicaments, selon les sages-femmes ayant répondu à notre étude, en pourcentage (n=78)*.

* : 1 sage-femme (soit 1,3%) a cité de manière exhaustive les médicaments dont la prescription autonome fait partie des compétences de la sage-femme.

Question 17 : 96,2% des sages-femmes ont répondu que la sage-femme peut signer la déclaration de naissance.

4.3. Partie 3 : Connaissances médico-légales des professionnels

Question 18 : Qu'appelle t'on « faute détachable du service » ?

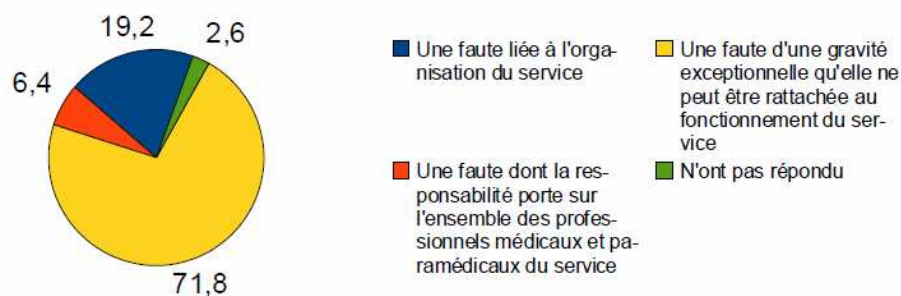


Figure 8 : Définition d'une « faute détachable du service » selon les sages-femmes ayant répondu à notre étude, en pourcentage (n=78).

Question 19 : Qui doit indemniser une patiente et/ou un nouveau-né, lorsqu'une sage-femme entraîne par sa faute un dommage (en dehors des fautes détachables du service) ?

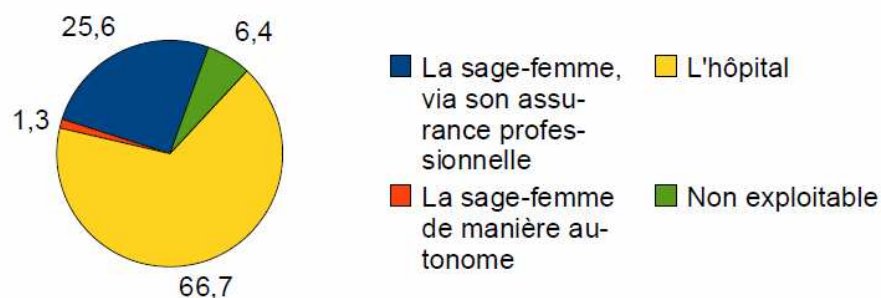


Figure 9 : Responsable de l'indemnisation, selon les sages-femmes ayant répondu à notre étude, en pourcentage (n=78).

Question 20 : Lorsque la responsabilité pénale d'une sage-femme est engagée que risque-t-elle ?

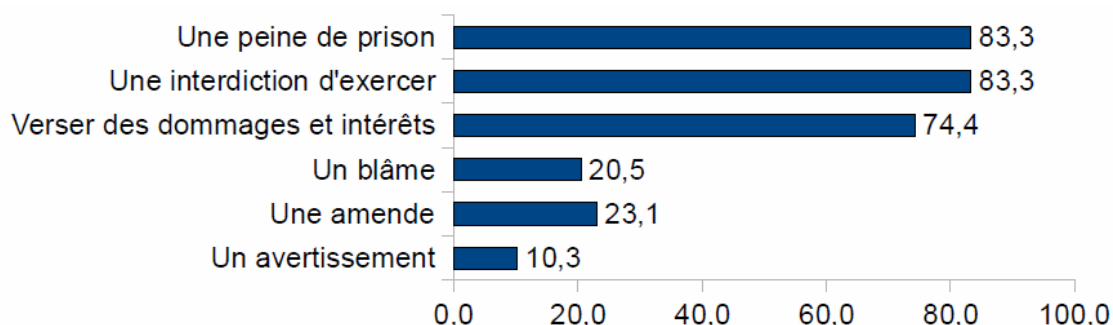


Figure 10 : Risques entraînés par l'engagement de la responsabilité pénale, selon les sages-femmes ayant répondu à notre étude, en pourcentage (n=78).*

* : 2,6% des sages-femmes ont cité de manière exhaustive une peine de prison et une amende.

Question 21 : Pour 75,6% des sages-femmes ayant répondu à notre enquête, ce n'est pas l'hôpital qui est responsable des conséquences de l'administration d'un médicament qu'une sage-femme aurait prescrit en dehors de son champ de prescription.

Question 22 : 97,4% des sages-femmes, ayant participé à notre étude, ont répondu que la sage-femme était responsable si elle délègue à un professionnel des actes qui sont en dehors de son champ de compétences.

Question 23 : Quelle responsabilité de la sage-femme est engagée lorsqu'un patient saisi le Conseil de l'Ordre des sages-femmes ?

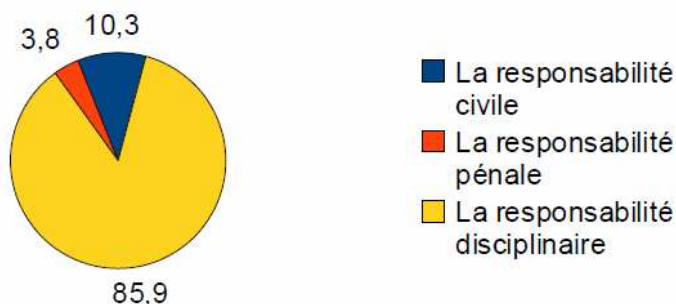


Figure 11 : Qu'elle responsabilité de la sage-femme est engagée lorsque le conseil de l'ordre est saisi, selon les sages-femmes ayant répondu à notre étude, en pourcentage(n=78).

Question 24 : Quel(s) est(sont) le(s) recours possible(s), pour le patient, en matière d'indemnisation d'un dommage ?

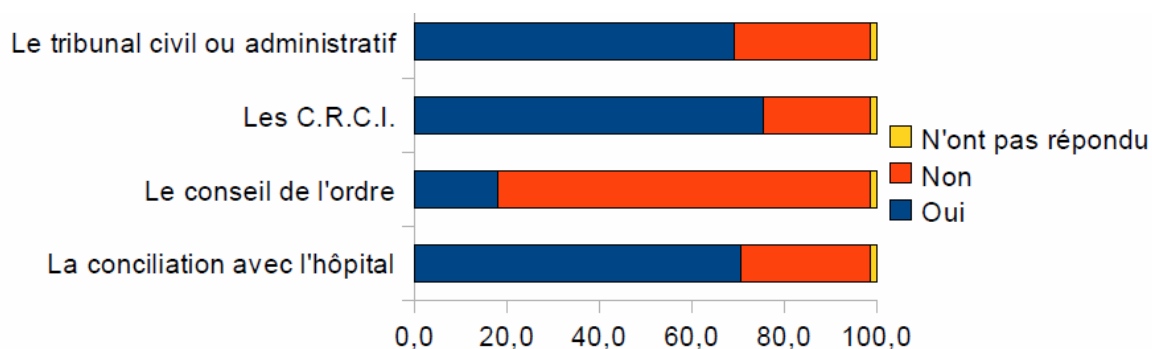


Figure 12 : Recours possible pour le patient en matière d'indemnisation d'un dommage, selon les sages-femmes ayant répondu à notre étude, en pourcentage (n=78).*

* :29,5% des sages-femmes ou administratif, le C.R.C.I. et la conciliation avec l'hôpital.

Question 25 : Quel(s) est(sont) le(s) organisme(s) d'accompagnement(s) de la sage-femme, en cas de procédure ?

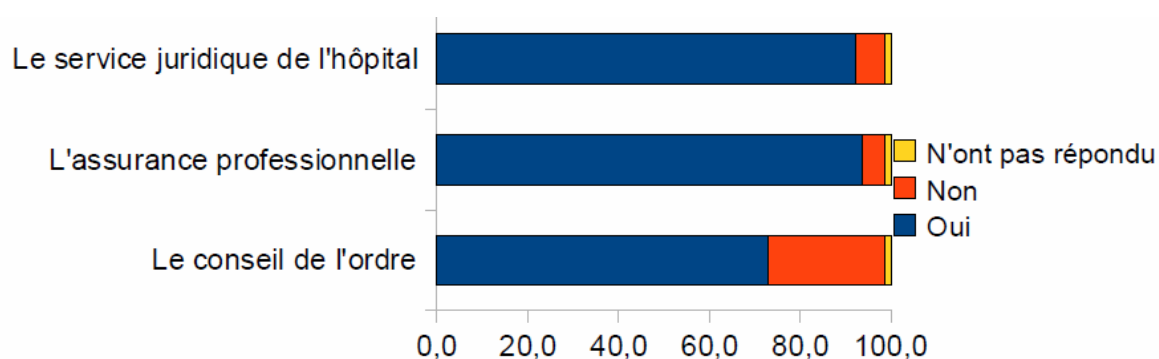


Figure 13 : Les organismes d'accompagnement de la sage-femme en cas de procédure, selon les sages-femmes ayant répondu à notre étude, en pourcentage (n=78).*

* : 62,8% des sages-femmes ont cité les trois réponses.

4.4. Partie 4 : Ressenti face au risque médico-légal

Question 26 : Pour vous la pression médico-légale en salle de naissances est :



Figure 14 : Niveau de la pression médico-légale en salle de naissances, selon les sages-femmes ayant répondu à notre étude, en pourcentage (n=78).*

* : Aucune sage-femme n'a répondu que la pression médico-légale, en salle de naissances, était « très faible ».

Question 27 : Numérotation de 1 à 5 selon l'importance du risque médico-légal.

Tableau 1 : Représentation du score moyen de l'importance du risque médico-légal, selon le service, d'après les résultats des sages-femmes ayant répondu à notre étude.

Services	Score Moyen +/- Ecart type
Consultations	3,0 +/- 1,0
Echographies	4,6 +/- 0,8
Surveillance des grossesses pathologiques	3,5 +/- 1,0
Salle de naissances	4,4 +/- 0,9
Suite de couches	2,4 +/- 1,1

Question 28 : Avez-vous déjà renoncé à faire des gardes en salle de naissances à cause du risque médico-légal ?

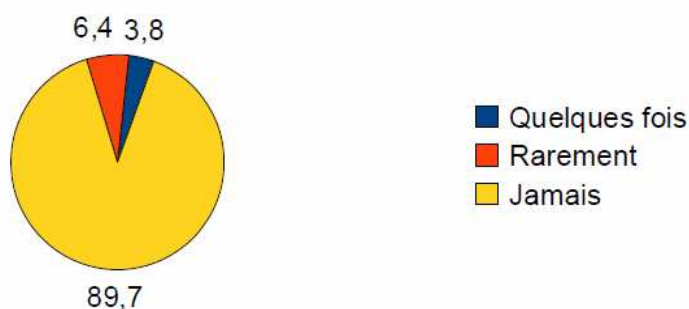


Figure 15 : Fréquence à laquelle, les sages-femmes ayant répondu, ont renoncé à effectuer des gardes en salle de naissances, à cause du risque médico-légal, auto-évaluation, en pourcentage (n=78).*

* : Aucune sage-femme ayant répondu n'a « souvent » renoncé à faire des gardes en salle de naissances à cause du risque médico-légal.

Question 29 : Diriez-vous que votre conscience du risque médico-légal augmente depuis quelques années ?

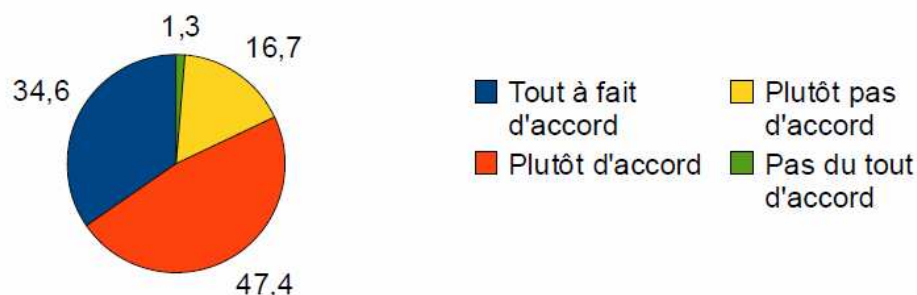


Figure 16 : Ressenti sur l'augmentation, depuis quelques années, du risque médico-légal, selon les sages-femmes ayant répondu, en pourcentage (n=78).

Question 30 : Diriez-vous que votre formation initiale était suffisante pour comprendre le risque médico-légal ?

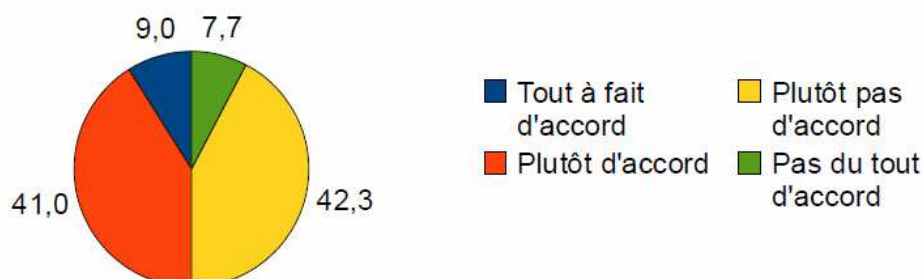


Figure 17 : Satisfaction de la formation initiale pour comprendre le risque médico-légal, selon les sages-femmes ayant répondu à notre étude, en pourcentage (n=78).

Question 31 : Vous sentez vous protégé(e) par l'organisation du service ?



Figure 18 : Ressenti sur la protection apportée par l'organisation du service, selon les sages-femmes ayant répondu, en pourcentage (n=78).

Tableau 2 : Sentiment de protection des sages-femmes par l'organisation du service en fonction du lieu d'exercice, de l'année d'obtention du D.E. Et du lieu de formation initiale

Pourcentage de sages-femmes se sentant protégées par l'organisation du service	
Selon le lieu d'exercice (n=78)	
C.H.U d'Angers (n=53)	64,2
C.H. de Laval (n=14)	21,4
C.H. de Mayenne (n=11)	81,8
Selon l'année d'obtention du D.E. (n=78)	
Avant 1993 (n=11)	54,5
1993-1997 (n=8)	50,0
1998-2002 (n=11)	63,6
2003-2007 (n=24)	54,2
2008-2012 (n=24)	66,7
Selon le lieu de la formation initiale (n=78)	
Angers (n=34)	55,9
Nantes (n=6)	50,0
Rennes (n=10)	60,0
Poitiers (n=5)	80,0
Poissy (n=3)	33,3
Bordeaux (n=2)	50,0
Metz (n=2)	0,0
Tours (n=3)	100,0
Caen (n=2)	50,0
Paris (n=4)	100,0
Reims (n=2)	50,0
Belgique (n=2)	100,0
Limoges (n=1)	0,0
Rouen (n=1)	0,0
Marseille (n=1)	100,0

Question 32 : Pensez-vous que la mise en place de formations continues, sur la réalisation d'actes techniques en lien avec l'ouverture du champ de compétences des sages-femmes, au sein du service, serait pertinente ?

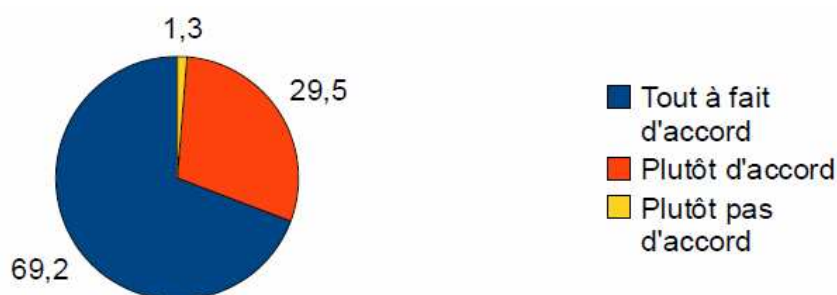


Figure 19 : Ressenti sur la nécessité de la mise en place de formations continues sur la réalisation d'actes techniques, selon les sages-femmes ayant répondu, en pourcentage (n=78).*

* : Aucune sage-femme, ayant répondu, n'est « pas du tout d'accord ».

Question 33 : Pensez-vous que la mise en place de formations continues en lien avec l'évolution du cadre juridique, au sein du service, serait pertinente ?

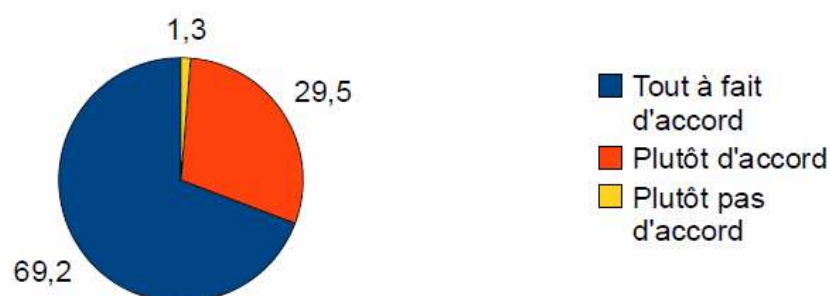


Figure 20 : Ressenti sur la nécessité de la mise en place de formations continues en lien avec l'évolution du cadre juridique, selon les sages-femmes ayant répondu, en pourcentage (n=78).*

* : Aucune sage-femme, ayant répondu à notre étude, n'est « pas du tout d'accord ».

5. Discussion

Nous avons construit notre discussion en deux parties. Dans la première, nous effectuerons une critique de la méthode que nous avons employé ; tandis que dans la seconde nous analyserons et discuterons les résultats que nous avons obtenus.

5.1. Critique de la méthode

Nous avons sélectionné trois maternités de trois types ce qui nous permettait de représenter des maternités ayant des activités différentes. Ces trois hôpitaux sont situés dans deux départements limitrophes : le Maine-et-Loire (C.H.U. d'Angers) et la Mayenne (C.H de Laval et C.H. du Nord Mayenne). Nous avons choisi ces établissements car ils sont proches de notre école et nous pouvions nous y rendre facilement en cas de besoin. Nous aurions pu nous intéresser à toutes les maternités des Pays de Loire afin d'avoir une étude à plus grande échelle et de rendre nos observations plus représentatives.

Initialement, nous avons contacté cinq maternités, seulement trois ont accepté de participer à notre étude. Nous n'avons pas eu le temps de contacter d'autres établissements.

Nous avons décidé de ne pas contacter d'établissements privés, car les actes que sont amenés à réaliser les sages-femmes hospitalières et les sages-femmes exerçant dans des établissements privés ne sont pas les mêmes. Ces différences d'activités pourraient entraîner des variations dans le ressenti des sages-femmes face au risque médico-légal, ceci pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure.

Soixante dix-huit sages-femmes ont répondu à notre questionnaire, sur les cent vingt sages-femmes concernées, soit un taux de réponses de 65%. Nous sommes relativement satisfaits du taux de réponses, malgré le peu de temps de diffusion du questionnaire (cinq semaines). Ceci montre l'intérêt des sages-femmes hospitalières interrogées sur le risque médico-légal. Cependant, l'ensemble -de nos résultats et de nos conclusions- est à relativiser du fait de la faible puissance de l'étude (n=78).

Nous avons décidé d'utiliser exclusivement des questions fermées, lors de la construction de notre questionnaire, pour permettre une analyse facile et homogène. A la fin du questionnaire, un champ destiné aux commentaires libres a été créé.

Ce questionnaire n'a pas été testé avant sa mise en place, des questions auraient pu être reformulées afin d'éviter des biais de compréhension (notamment les questions 17.21.22 et 27). En effet, certaines questions (21 et 22) sont restées sans réponse, du, à un problème d'énoncé de la question (notamment les questions 21 et 22).

Les réponses au questionnaire sont facilement accessibles par internet (voie majoritaire de diffusion de notre questionnaire). Nous pouvions penser que certaines sages-femmes auraient pu chercher les réponses des parties « Connaissances », et de ce fait fausser les résultats. Cela ne nous semble pas confirmé, puisqu'une seule sage-femme a répondu correctement sur le droit de prescription alors que cette liste est disponible sur internet.

Nous démontrons ainsi que les sages-femmes ont répondu uniquement sur la base de leurs connaissances.

Enfin, il aurait pu être intéressant de faire des entretiens semi directifs, en amont de la réalisation de notre questionnaire ; notamment avec les cadres sages-femmes de salles de naissances des maternités étudiées, afin de mieux cibler le versant organisationnel du risque médico-légal des sages-femmes hospitalières. En effet, les cadres sages-femmes sont notamment responsables de l'organisation du service et de la mise en place de protocoles afin d'assurer la sécurisation des patientes et des professionnels eux-mêmes.

5.2. Analyse des résultats

Nous n'avons pas trouvé d'étude comparable à la nôtre, nous n'avons donc pas pu comparer notre étude à d'autres.

Nous avons retrouvé un mémoire de sage-femme traitant des « droits de prescriptions médicamenteuse des sages-femmes »[17]. Mais dans ce mémoire, la population des sages-femmes n'était pas la même : il s'agissait de sages-femmes de l'Isère ayant des modes d'exercices différents (hospitalier, au sein d'établissements privés, libéral...). De plus, le questionnement n'était pas le même : la connaissance sur le droit de prescription de classe médicamenteuse était évaluée chez les sages-femmes et portait sur les conditions pour la prescription de certains médicaments, sur les posologies de prescriptions...

Notre étude avait un objectif principal et deux objectifs secondaires. Pour y répondre, nous avons décidé d'étudier plus particulièrement certains résultats obtenus.

Ainsi, pour répondre à l'objectif « faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes hospitalières sur leur champ de compétences en salle de naissances », nous avons décidé de nous intéresser principalement à la connaissance des sages-femmes sur leur droit de prescription.

Pour faire un état des lieux des connaissances en matière médico-légale de ces sages-femmes, nous avons décidé de nous intéresser plus particulièrement aux besoins de formations continues énoncés par les sages-femmes, d'essayer de comprendre l'origine de ces besoins et de faire l'état des lieux des formations proposées aux sages-femmes.

Enfin pour répondre à notre dernier objectif (connaître le ressenti des sages-femmes hospitalières face au risque médico-légal en salle de naissances), nous avons décidé de nous intéresser à la confiance dans l'organisation du service et au ressenti des sages-femmes face à la pression médico-légale.

Pour chacun de ces éléments, nous allons tenter de comprendre les résultats, de les expliquer et de faire des propositions sur ce qui pourrait être mis en place.

5.2.1. Connaissance du droit de prescription de la sage-femme

Dans notre questionnaire, nous avons dressé la liste de neuf médicaments communément utilisés en salle de naissances et nous avons demandé aux sages-femmes lesquels elles pouvaient légalement prescrire de manière autonome.

Une seule sage-femme, sur les soixante dix-huit ayant participé à notre étude, a correctement répondu sur le droit de prescription de ces neuf médicaments.

A l'hôpital, la sage-femme prescrit de manière autonome de nombreuses spécialités pharmaceutiques nécessaires à la prise en charge des patientes et des nouveau-nés. Cependant, la profession de sage-femme est, comme nous l'avons expliqué précédemment, une profession médicale au droit de prescription limité. Il est même précisé dans l'article R.4127-313 du code de déontologie des sages-femmes : « Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner

des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités » [9].

Ces résultats nous montrent que parmi des médicaments que la sage-femme utilise quotidiennement, 98,7% ne sait pas lesquels elle est en droit de prescrire et lesquels devraient être prescrits par un médecin. Cela pose plusieurs questions : qui est responsable en cas d'incident ? Comment est organisée la formation initiale des sages-femmes en pharmacologie ? Existe-t-il des protocoles de service expliquant ce que la sage-femme est en droit de prescrire face à telle ou telle situation en salle de naissances ? ...

En cas d'incident, suite à la prescription par une sage-femme d'un médicament n'appartenant pas à la liste de prescription des sages-femmes, qui est responsable ?

La question de la responsabilité est difficile à déterminer. A la lecture jurisprudentielle, il est surtout mis en avant des sanctions suite à un mésusage d'un médicament, d'une erreur d'administration... et qui plus est par d'autres professionnels de la santé [15].

Cependant on peut imaginer qu'en cas de prescription d'un médicament communément prescrit par les sages-femmes hospitalières dans ce type de situations, sans empêchement de telles pratiques par le service : l'hôpital serait certainement désigner comme le responsable indemnitare. Mais en cas de poursuite pénale, la question de la responsabilité reste entière : pourrait-on poursuivre une sage-femme pour homicide ou blessure involontaire en cas d'incident relatif à l'utilisation d'un médicament dont elle n'a pas le droit de prescription mais que la sage-femme aurait prescrit seule ?

D'après le code de déontologie des sages-femmes, hors situations exceptionnelles, en cas de prescription en dehors de son champ de compétences, la sage-femme encoure une sanction disciplinaire (R.4127-313) [9].

Parmi la liste de neuf médicaments, nous avons cité le nubain® (nalbuphine). Dans la liste des classes thérapeutiques ou médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel (Annexe 2), il est précisé pour le nubain® (nalbuphine) : « ampoules dosées à 20 mg. La prescription est réalisée dans le cadre d'un protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur. L'usage est limité au début du travail et à une seule ampoule par

patiente ». On ne peut donc pas parler de prescription autonome. Or 87,2% des sages-femmes interrogées le prescrivent de manière autonome.

Ce médicament peut, à la naissance, entraîner des dépressions respiratoires chez les nouveaux-nés, par passage trans-placentaire.

Là encore nous n'avons pas trouvé de jurisprudence, mais en cas de détresse respiratoire chez un nouveau-né, potentiellement due à l'administration maternelle de nubain® peu de temps avant la naissance, la sage-femme serait-elle différemment sanctionnée, qu'en cas de prescription par un médecin ?

Nous avons cherché à savoir, s'il existait dans les établissements étudiés, des protocoles de prescription pour la salle de naissances indiquant ce que la sage-femme peut prescrire. Nous n'avons pas retrouvé de tels protocoles dans les établissements étudiés.

La mise en place de protocoles pourraient permettre de respecter le cadre législatif de prescriptions du nubain® par les sages-femmes. Ainsi le circuit de ce médicament serait sécurisé.

La liste des médicaments que peut prescrire la sage-femme évolue très rapidement. On pourrait imaginer que cette liste, régulièrement mise à jour, soit affichée en salle de naissances, afin que les professionnelles puissent s'y référer en cas de doute. Ceci permettrait également de répondre à la référence 20 du manuel de certification des établissements de santé V2010 révisé en 2001 édité par la haute autorité de santé (H.A.S.), qui prévoit : « des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à disposition des professionnels » [18].

Pendant leur formation initiale, les étudiants sages-femmes reçoivent des cours de pharmacologie. 43,6% des sages-femmes, ayant répondu à notre questionnaire, ont suivi leur formation initiale à l'école de sages-femmes d'Angers.

Actuellement, les cours de pharmacologie dispensés à Angers, ne détaillent pas quels médicaments la sage-femme est en droit de prescrire. Des formations, dispensées indépendamment des cours de pharmacologie, sur le code de déontologie et les compétences de la sage-femme, détaillent aux étudiants sages-femmes cette liste.

Il est bien sûr indispensable, que les étudiants sages-femmes aient une formation complète sur les résumés des caractéristiques pharmaceutiques (R.C.P.) de l'ensemble des classes thérapeutiques, mais il pourrait être intéressant de coupler cette formation au droit de prescription de la sage-femme.

De plus, nous pourrions imaginer la mise en place d'un examen semblable à celui que passe les étudiants en médecine et en odontologie. En effet, l'obtention du certificat de synthèse clinique et thérapeutique donne historiquement le droit de prescription en odontologie et médecine. Un tel examen pourrait être mis en place pendant les études de maïeutique, permettant de certifier les connaissances pharmacologiques des étudiants et les droits de prescriptions des sages-femmes. Un tel examen pourrait permettre de valider la compétence de prescription des sages-femmes.

Une des limites principale de cette mesure, conséquence de l'évolution constante du droit de prescription des sages-femmes, pourrait être une dissociation entre la certification que passerait les sages-femmes et ce qu'elles pourraient être amenées à prescrire au cours de leur exercice. Il serait donc important de communiquer sur les évolutions du droit de prescription des sages-femmes, à l'instar de ce qui est fait actuellement via, notamment, le site du Conseil de l'Ordre et le site de l'assurance maladie [12, 19].

5.2.2. Formations continues proposées aux sages-femmes

L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux des connaissances médico-légales, de sages-femmes hospitalières. Au vu des résultats, les indicateurs d'évaluation des connaissances des sages-femmes sont au maximum de 85,9% et au minimum de 2,6% :

- 42,3% des sages-femmes interrogées ont cité correctement les documents ayant une valeur médico-légale ;
- 2,6% savent que la sage-femme risque une peine de prison et/ou une amende si sa responsabilité pénale est engagée ;
- 66,7% savent que l'hôpital doit indemniser la patiente ou le nouveau-né en cas de dommage (en dehors des fautes détachables du service) ;

- 85,9% savent que la responsabilité disciplinaire de la sage-femme est engagée lorsque le Conseil de l'Ordre est saisi ;
- 29,5% des sages-femmes, ayant répondu à notre questionnaire, connaissent les recours possibles pour le patient en matière d'indemnisation d'un dommage...

Ainsi notre travail fait émerger la nécessité d'actualiser les connaissances des sages-femmes par la mise en place de formations continues. Ceci est corroborée par les réponses aux questions 32 et 33 (Annexe 5) : parmi les sages-femmes interrogées, 98,7 % pensent que la mise en place de formations continues sur la réalisation d'actes techniques (en lien avec l'ouverture du champ de compétences des sages-femmes) est nécessaire. Et autant de sages-femmes pensent que la mise en place de formations continues en lien avec l'évolution du cadre juridique est nécessaire. Ce qui met en avant que les professionnels ont eux aussi conscience de ce besoin.

De plus, 50% des sages-femmes interrogées jugent non satisfaisante leur formation initiale pour comprendre le risque médico-légal.

Pourtant seulement 5,1% des sages-femmes interrogées ont suivi une formation continue axée sur le risque professionnel juridique des sages-femmes. Pourquoi ? Quels sont les freins à l'accès à de telles formations pour les sages-femmes ? L'offre de formation couvre-t-elle les besoins des professionnelles ?

Dans l'énoncé des questions 32 et 33, il était précisé « la mise en place de formations, au sein du service ». 67,9% des sages-femmes ayant répondu à notre enquête exerce au C.H.U. d'Angers. Au C.H.U. d'Angers, il y a une fois par semaine un « staff », ayant notamment pour but une formation continue non diplômante des équipes médicales du pôle mère-enfant de l'établissement. Ce temps pourrait répondre au besoin de formation «au sein du service» des sages-femmes. Du mois d'octobre 2006 au mois d'avril 2013, il n'y a eu que deux staffs pouvant répondre à ce besoin précis de formation : un staff traitait du « point de vue de l'assureur, sur la sinistralité en gynécologie obstétrique », et un autre sur la pose de stérilet sur mannequin. Nous pensons que d'autres formations pourraient être mises en place et de manière plus fréquentes même si ce temps de formation n'est pas à destination exclusive des sages-femmes.

On pourrait aussi imaginer la création d'un temps de formation non diplômante au sein du service destiné aux sages-femmes, et bien sûr accessible aux autres professionnels. Cela pourrait être créé au sein du C.H.U. d'Angers mais également au sein des C.H. de Laval et du Nord Mayenne. Ce temps pourrait permettre des formations scientifiques sur l'évolution des pratiques (rappelons qu'au niveau légal une « bonne sage-femme » se doit d'effectuer des actes « conformes aux données actuelles de la science ») ; des formations sur le cadre juridique d'exercice de la sage-femme hospitalière en salle de naissances ; ainsi que des formations pratiques sur la réalisation d'actes techniques en lien avec l'évolution du champ de compétence de la sage-femme (notamment sur la réalisation du pH au scalp, geste peu réalisé, dans la pratique, par les sages-femmes des trois établissements étudiés).

Des temps de formations, à destination des sages-femmes, répondant à ces besoins pourraient être également mis en place via le Réseau Sécurité Naissance des Pays de Loire (réseau auquel appartiennent les trois établissements étudiés).

En dehors du service, il existe des formations individuelles diplômantes de type D.U. (diplôme universitaire) et D.I.U (diplôme inter-universitaire) pouvant répondre aux besoins de formations des sages-femmes en lien avec l'évolution du cadre juridique. Dans la région des Pays de Loire, il existe un D.U. aspects médico-légaux de la pratique médicale et un D.I.U. réparation juridique du dommage corporel. Cependant, ces D.U.-D.I.U. ne sont pas spécifiques à l'exercice de la sage-femme hospitalière, et de ce fait ne répondent pas aux besoins de formations attendus du public interrogé.

Ainsi, il serait peut-être intéressant de faire émerger les besoins en formations spécifiques aux sages-femmes, tant sur le contenu que sur la forme, pour remplir l'objectif pédagogique de réactualisation des connaissances médico-légales des sages-femmes. Ce type de formations pourrait ensuite être aussi proposé également aux sages-femmes hospitalières.

Depuis la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (H.P.S.T.) de juillet 2009, l'obligation légale annuelle de formation continue des sages-femmes a été réaffirmée, par la création du développement professionnel continu (D.P.C.) qui intègre la formation médicale continue et les évaluations des pratiques professionnelles (E.P.P.). Le D.P.C. est défini dans l'article 59 de la loi H.P.S.T. : « Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la

qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Les E.P.P. permettent une étude et une analyse critique de nos pratiques. La mise en place d'E.P.P., permettrait la réflexivité sur les pratiques et donc d'émettre des propositions collectives et individuelles afin d'améliorer ces dernières [15].

5.2.3. Le ressenti des sages-femmes

Le dernier objectif secondaire de notre étude était d'évaluer le ressenti des sages-femmes hospitalières face au risque médico-légal en salle de naissances. Pour ce faire, nous avons décidé de nous intéresser à la confiance dans l'organisation du service et à la perception de la pression médico-légale.

59% des sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire, se sentent protégées par l'organisation du service.

Comme nous l'avons expliqué, la sage-femme est, en salle de naissances, au carrefour de plusieurs disciplines. Les limites de la profession sont parfois difficiles à appliquer en pratique. En effet, la sage-femme est autonome dans la gestion de la physiologie, mais ne l'est plus en cas de pathologie.

Dans les maternités de type III, en cas d'urgence, les différents acteurs de la prise en charge peuvent être rapidement sur place. Cette proximité immédiate des différents spécialistes pourrait laisser penser que le sentiment de sécurité dans l'organisation du service est maximum chez les sages-femmes exerçant dans des établissements de types III ; et ce de manière inversement proportionnelle pour les sages-femmes exerçant en types II et I.

Dans notre étude, les sages-femmes travaillant en type I se sentent significativement plus protégées par l'organisation du service ($p=0,003855$). Pour confirmer ce constat, il est certain qu'il faudrait étendre notre étude à un panel d'établissements plus important.

Il serait intéressant de savoir pourquoi les sages-femmes du C.H. du Nord Mayenne se sentent protégées par l'organisation du service : est-ce une spécificité de cette maternité ? Ou, est-ce généralisable aux maternités de types I ? Et si cela est spécifique à cet

établissement, qu'est ce qui pourrait être mis en place dans les autres établissements pour augmenter le sentiment de confiance dans l'organisation du service?

Les facteurs de stress en salle de naissances auraient également pu être recherchés.

L'année d'obtention du D.E. de sage-femme ne semble pas influencer les sages-femmes dans leur ressenti de protection face à l'organisation du service ($p=1,271$).

Nous ne pouvons rien conclure sur le lien avec le lieu de formation initial du fait de la disparité des lieux de formations et des effectifs faibles.

92,3 % des sages-femmes interrogées pensent que la pression en salle de naissances est très élevée» et «élevée». Mais elles estiment que ce service n'est pas le service où la pression médico-légale est la plus importante. Elles pensent que la réalisation d'échographies est plus à risque médico-légal.

Cependant malgré une pression médico-légale importante, 89,7% des sages-femmes n'ont jamais renoncé à faire des gardes en salle de naissance à cause de celle-ci. Les sages-femmes ont donc conscience de ce risque médico-légal, mais ne renoncent pas pour autant à leur exercice.

Parmi les sages-femmes interrogées, 82% pensent que la pression médico-légale augmente depuis quelques années. Or comme nous l'avons vu précédemment le nombre de poursuites à l'encontre des médecins et des sages-femmes se stabilisent. Ce n'est pas le risque réel qui a augmenté ces dernières années, mais la prise de conscience de l'existence de ce risque.

Conclusion

A travers ce mémoire, nous voulions dresser un état des lieux des connaissances des sages-femmes hospitalières du risque médico-légal.

A la suite de notre étude, nous pouvons conclure que les sages-femmes semblent avoir une connaissance insuffisante de leur champ de compétences et plus particulièrement de leur champ de prescriptions en salle de naissances.

En introduction nous expliquions pourquoi nous avons choisi de travailler sur les sages-femmes exerçant en salle de naissances. Nous avons pu voir que contrairement à ce que nous pensions le service de salle de naissances n'est pas le service où la pression médico-légale ressentie est la plus importante : c'est celui des échographies où le ressenti de la pression médico-légale est le plus important, selon les sages-femmes ayant participé à notre étude.

Nous avons pu relever que la moitié des sages-femmes se sentent protégées par l'organisation du service, il pourrait être intéressant de réaliser une étude afin de déterminer pourquoi cinquante pour cent des sages-femmes ne le sont pas.

Nous avons également mis en évidence que les sages-femmes sont dans la capacité d'exprimer leur besoin de formations. Elles jugent, pour la moitié, insuffisante leur formation initiale pour faire face au risque médico-légal.

C'est pourquoi, pour répondre au besoin de formation continue sur cette thématique, il nous paraîtrait judicieux de renforcer la mise en place de protocoles au sein des différents services, d'instaurer une démarche d'E.P.P. (avec notamment une évaluation du circuit du médicament), de renforcer la participation des sages-femmes au sein des revues de morbi-mortalité des établissements, et la création d'un diplôme universitaire traitant de la pression médico-légale.

Nous pensons qu'il serait pertinent de développer ce type d'étude pour adapter un programme de D.P.C. sur cette problématique.

Bibliographie

- [1]. Hilaire S. La sage-femme et la prévention du risque médico-légal. Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz . 1996.
- [2]. Houdalie J., Gutierrez H. La mortalité maternelle en France au XVIIIe siècle. Population. 1983 ; 38 (6) : 975–94.
- [3]. Crépin G., Bréart G. Rapport Mortalité maternelle et mortalité périnatale des enfants nés à terme en France. Académie Nationale de Médecine ; 2010.
- [4]. Conseil Médical Sham. La gestion des plaintes en établissement de santé. 2011.
- [5]. Sham. Panorama du risque médical en établissement de santé. Bilan des risques médicaux de l'année 2011. 2012.
- [6]. Gombault N. Rapport d'activité MACSF -Le sou Médical. 2010.
- [7]. Article L4151-5 . Code de la santé publique.
- [8]. Titre V : Profession de sage-femme. Code de la santé publique. Section Partie Législative, Quatrième Partie, Livre Ier. 2012.
- [9]. Code de déontologie des sages-femmes. Ordre des sages-femmes. 2012.
- [10]. Merger-Pélier M. Le métier de sage-femme. Manuel juridique de la sage-femme. Bordeaux : les Études hospitalières. 2012.
- [11]. Soutoul J-H. La sage-femme face aux juges. Paris : Ellipses/ Marketing ; 1996.
- [12]. Site du conseil de l'ordre des sages-femmes : www.ordre-sages-femmes.fr.
- [13]. Decroix G. Les sages-femmes salariées sont-elles pécuniairement responsables ? M.A.C.S.F. 2007.
- [14]. Manaouil C., Graser M., Verrier A., Cormier J., Jardé O. La faute détachable de service dans les établissements publics de santé. C.H.U. Amiens.
- [15]. Site www.legifrance.fr

- [16]. Blondel B. Les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privées. Journal Gynécologie Obstétrique Biologie Reproduction. Volume 27, n°7; 1998;692–701.
- [17]. Grangier O., Seguin C. Les droits de prescription médicamenteuse des sages-femmes. Réalisation d'une enquête auprès des sages-femmes de l'Isère. Ecole de sage-femme de Grenoble. 2009.
- [18]. Manuel de certification des établissements de santé V2010, révisé 2011, Référence 20. H.A.S.
- [19]. Site de l'assurance maladie : www.ameli.fr
- [20]. Ministère de la santé et des sports. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Compte-rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010.
- [21]. Rudigoz R.-C. Conduite à tenir en cas de complications obstétricales à risque médico-légal. Extrait des mises à jour en gynécologie obstétrique. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. 1997, Tome XXI, p. 213-230.
- [22]. Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. Sociologie et sociétés. 2007 ; 39 (1) : 123–44.
- [23]. Hacquin G. La sage-femme en maternité et le médico-légal. Les JTA (journées de techniques avancées en Gynécologie et Obstétrique, PMA, Périnatalogie et Pédiatrie); 2007.
- [24]. Gombault N. Les différentes responsabilités du professionnel de santé. Responsabilité civile professionnelle médicale MACSF. 2007.
- [25]. Nour R. Profession Sage-Femme. 2007 Juin;(136):4–8.
- [26]. Lot de Manquet C. Quid des plaintes à l'Ordre contre les praticiens chargés d'un service public ? MACSF. 2008.
- [27]. Dibié-Krajcman. Un paradoxe : la responsabilité pénale de la sage-femme dépend de la survie de l'enfant. La Revue Sage-femme 2006 ; 5 : 64-66.

Annexes

Annexe 1 : Article R. 4127-318 du code de la santé publique

« Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L.4151-1 :

1° La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant :

- a) Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;
- b) Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale ;
- c) Le fœtus ;
- d) Le nouveau-né ;

2° La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer :

- a) L'échographie gynéco-obstétricale ;
- b) L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- c) L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- d) La délivrance artificielle et la révision utérine ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;
- e) La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- f) Le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
- g) L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ;
- h) La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ;
- i) Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par

les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

II.-La sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'analgésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. La première injection doit être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. La sage-femme peut, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif.

III.-Dans le cadre des dispositions de l'article L. 4151-3, la sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou foetale identifiée. ».

Annexe 2 : Liste des classes thérapeutiques autorisées aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des femmes

2.1 En primo-prescription :

1. Antiacides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux ;
2. Antisécrétoires gastriques :
antihistaminiques H2, de préférence la ranitidine ou la famotidine ; inhibiteurs de la pompe à protons, de préférence l'oméprazole ;
3. Antiseptiques locaux ;
4. Anesthésiques locaux : médicaments renfermant de la lidocaïne ;
5. Antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de première ligne des cystites et bactériuries asymptomatiques chez la femme enceinte selon les recommandations officielles en vigueur. Prescription non renouvelable pour une infection donnée ;
6. Antibiotiques par voie orale ou parentérale en prévention d'infections materno-foetales chez la femme enceinte, selon les recommandations officielles en vigueur ;
7. Anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonacides, antibactériens et antiherpétiques ;
8. Antispasmodiques ;
9. Antiémétiques ;
10. Antalgiques :
paracétamol ;
tramadol ;
néfopam ;
association de paracétamol et de codéine ;
association de paracétamol et de tramadol ;
nalbuphine, ampoules dosées à 20 mg. La prescription est réalisée dans le cadre d'un protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur. L'usage est limité au début du travail et à une seule ampoule par patiente ;
11. Anti-inflammatoires non stéroïdiens en post-partum immédiat ;
12. Antiviraux en prévention des récurrences d'herpès génital en fin de grossesse ;
13. Contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration ;
14. Médicaments homéopathiques ;
15. Laxatifs ;
16. Vitamines et sels minéraux par voie orale ;
17. Acide folique aux doses recommandées dans la prévention primaire des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural ;

18. Topiques à activité trophique et protectrice ;
19. Médicaments de proctologie : topiques locaux avec ou sans corticoïdes et avec ou sans anesthésiques ;
20. Solutions de perfusion :
 - solutés de glucose de toute concentration ;
 - solutés de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;
 - solutés de gluconate de calcium à 10 % ;
 - solutions de Ringer ;
21. Ocytociques : – produits renfermant de l’oxytocine ;
22. Oxygène ;
23. Médicaments assurant le blocage de la lactation ;
24. Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d’azote exclusivement en milieu hospitalier, et sous réserve d’une formation adaptée ;
25. Vaccins sous forme monovalente ou associés contre les pathologies suivantes: tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche (vaccin acellulaire), rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B, grippe, affections liées au papillomavirus humain, infections invasives par le méningocoque C ;
26. Immunoglobulines anti-D ;
27. Produits de substitution nicotinique ;
28. Salbutamol par voies orale et rectale.

2.2 Les sages-femmes sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin des médicaments suivants :

1. Anti-inflammatoires non stéroïdiens indiqués dans le traitement des dysménorrhées, notamment l’acide méfénamique ;
2. Nicardipine, selon les protocoles en vigueur préétablis ;
3. Nifédipine selon les protocoles en vigueur préétablis.

2.3 En cas d’urgence, en l’attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants :

1. Succédanés du plasma composés d’hydroxyéthylamidon dans les états de choc ;
2. Ephédrine injectable dans la limite d’une ampoule dosée à 30 mg par patiente ;
3. Adrénaline injectable par voie sous-cutanée dans les cas d’anaphylaxie ;
4. Dérivés nitrés, selon les protocoles en vigueur préétablis.

Annexe 3 : Liste des classes thérapeutiques ou des médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des nouveaux-nés

3.1 En primo-prescription :

1. Antiseptiques locaux ;
2. Anesthésiques locaux : crèmes ou patchs contenant une association de lidocaïne et de prilocaïne ;
3. Antalgiques : paracétamol par voie orale ou rectale ;
4. Antifongiques locaux ;
5. Collyres antiseptiques, antibactériens et antiviraux sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs ;
6. Oxygène ;
7. Vitamines et sels minéraux par voie orale : la forme injectable est autorisée pour la vitamine K1 ;
8. Topiques à activité trophique et protectrice ;
9. Solutions pour perfusion :
 - solutés de glucose (de toute concentration) ;
 - soluté de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;
 - soluté de gluconate de calcium à 10 % ;
10. Vaccins :

Vaccin et immunoglobulines anti-hépatite B ; BCG.

3.2 En cas d'urgence et en l'attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants :

1. Adrénaline par voie injectable ou intratrachéale dans la réanimation du nouveau-né ;
2. Naloxone.

Annexe 4 : Liste des médicaments classés comme stupéfiants autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription

Chlorhydrate de morphine, ampoules injectables dosées à 10 mg, dans la limite de deux ampoules par patiente.

Annexe 5 : Questionnaire

Connaissances et perception du risque médico-légal des sages-femmes hospitalières exerçant en salle de naissances

Bonjour,

Actuellement en dernière année d'études de sage-femme à l'école d'Angers, je réalise mon mémoire de fin d'études.

Mon mémoire traite des « Connaissances et perception du risque médico-légal des sages-femmes hospitalières exerçant en salle de naissances ».

Afin de répondre à cette question, j'ai réalisé un questionnaire, à l'intention des sages-femmes hospitalières de plusieurs établissements publics, que vous trouverez ci-joint. Ce questionnaire est anonyme, les données récoltées grâce à ce questionnaire ne serviront que pour cette étude.

Ce questionnaire est divisé en 5 parties : « Vous », « Connaissances du champ de compétences d'exercice de la sage-femme », « Connaissances en matière médico-légale », « Votre ressenti face au risque médico-légal » et « Commentaires ».

Partie 1 : Vous

1. Vous êtes ?

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

2. Quelle est l'année d'obtention de votre DE ?

- ☐ Avant 1993
- ☐ Entre 1993 et 1997
- ☐ Entre 1998 et 2002
- ☐ Entre 2003 et 2007
- ☐ Entre 2008 et 2012

3. Où avez vous fait votre formation initiale ? _____

4. Au sein de quel hôpital exercez actuellement? _____

5. Vous exercez dans cet hôpital depuis :

- ☐ Moins d'1 an
- ☐ 1 à 5 ans
- ☐ 5 à 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

6. Avez-vous effectué(e) au moins une garde en salle de naissance au cours de l'année passée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Avez vous souscrit à une responsabilité civile professionnelle?

- ☐ Oui
- ☐ Non

8. Avez- vous effectué(e) une formation continue axée sur le risque professionnel juridique des sages-femmes ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

9. Si oui, en quelle année? _____

Partie 2 : Connaissances du champ de compétences d'exercice de la sage-femme

10. Quel(s) texte(s) énonce(nt) les compétences des sages-femmes ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Le code de déontologie
- ☐ Le référentiel de certification de l'HAS
- ☐ Le code de santé publique
- ☐ Le référentiel métier
- ☐ Le code civil
- ☐ Le code pénal

11. Quel(s) document(s) a (ont) une valeur juridique en matière médico-légal ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ L'ERCF
- ☐ Le partogramme
- ☐ Le dossier médical
- ☐ Le dossier de soins

12. La sage-femme doit-elle prévenir l'obstétricien de garde avant de demander une anesthésie loco-régionale pour une patiente ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

13. La sage-femme a-t-elle le droit de réaliser une DA-RU ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Seulement en cas d'urgence
- ☐ Seulement sur utérus non cicatriciel

14. La sage-femme peut-elle décider de réaliser un pH au scalp, en cas d'ARCF (anomalies du rythme cardiaque foetal)?

- ☐ Oui
- ☐ Non

15. La sage-femme peut-elle réaliser le geste du pH au scalp, en cas d'ARCF

(anomalies du rythme cardiaque foetal)?

- ☐ Oui
- ☐ Non

16. La sage-femme a-t-elle le droit de prescrire (de manière autonome) ?

	Oui	Non
Spasfon (phloroglucinol)		
Dalacine IV (dans la carte de la prévention d'une infection materno-foetale avec allergie à la pénicilline)		
Nubain (nalbuphine)		
Syntocinon (oxytocine)		
Rophylac (immunoglobulines anti-D)		
Insuline IV		
Acupan (nefopam)		
Vaccin contre l'hépatite B		
Immunoglobulines anti-hépatite B		

17. La sage-femme a-t-elle le droit de signer la déclaration de naissance ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Partie 3 : Connaissances en matière médico-légale

18. Qu'appelle t'on « faute détachable du service » ?

- ☐ Une faute liée à l'organisation du service
- ☐ Une faute dont la responsabilité porte sur l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux du service
- ☐ Une faute d'une gravité exceptionnelle qu'elle ne peut être rattachée au fonctionnement du service

19. Qui doit indemniser une patiente et/ou un nouveau-né, lorsqu'une sage-femme hospitalière entraîne par sa faute un dommage (en dehors des fautes détachables du service)?

- ☐ La sage-femme, via son assurance professionnelle
- ☐ La sage-femme de manière autonome
- ☐ L'hôpital

20. Lorsque la responsabilité pénale d'une sage-femme est engagée que risque t'elle? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Une peine de prison
- ☐ Une interdiction d'exercer
- ☐ Verser des dommages et intérêts
- ☐ Un blâme
- ☐ Une amende
- ☐ Un avertissement

21. L'hôpital est-il responsable des conséquences de l'administration d'un médicament, si une sage-femme prescrit un médicament n'appartenant pas à son champ de prescription?

- ☐ Oui
- ☐ Non

22. La sage-femme est-elle responsable si elle délègue à un professionnel des actes qui sont en dehors de son champ de compétences?

- ☐ Oui
- ☐ Non

23. Quelle responsabilité de la sage-femme est engagée lorsqu'un patient saisit le conseil de l'ordre des sages-femmes?

- ☐ La responsabilité civile
- ☐ La responsabilité pénale
- ☐ La responsabilité disciplinaire

24. Quel(s) est(sont) le(s) recours possible(s), pour le patient, en matière de d'indemnisation d'un dommage? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Le tribunal civil ou administratif
- ☐ Les CRCI (commissions régionales d'indemnisation et de conciliation)
- ☐ Le conseil de l'ordre
- ☐ La conciliation avec l'hôpital

25. Quel(s) est(sont) les organismes d'accompagnement de la sage-femme, en cas de procédure? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Le service juridique de l'hôpital
- ☐ L'assurance professionnelle
- ☐ Le conseil de l'ordre

Partie 4: Votre ressenti face au risque médico-légal

26. Pour vous la pression médico-légale en salle de naissances est :

- ☐ Très élevée
- ☐ Élevée
- ☐ Faible
- ☐ Très faible

27. Numéroté de 1 à 5 selon l'importance, pour vous, du risque médico-légal.
Avec 1=risque médico-légal le plus faible. Avec 5= risque médico-légal le plus important

	1	2	3	4	5
Consultations					
Echographies					
Surveillance des grossesses pathologiques					
Salle de naissances					
Suites de couches					

28. Avez-vous déjà renoncé à faire des gardes en salle de naissances à cause du risque médico-légal ?

- ☐ Souvent
- ☐ Quelques fois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

29. Diriez-vous que votre conscience du risque médico-légal augmente depuis quelques années ?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

30. Diriez-vous que votre formation initiale était suffisante pour comprendre le risque médico-légal ?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

31. Vous sentez vous protégé(e) par l'organisation du service ?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

32. Pensez-vous que la mise en place de formations continues, sur la réalisation d'actes techniques en lien avec l'ouverture du champ de compétences des sages-femmes, au sein du service, serait pertinente ?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

33. Pensez-vous que la mise en place de formations continues en lien avec l'évolution du cadre juridique, au sein du service, serait pertinente ?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Partie 5 : Commentaires

Annexe 6 : Correction des parties 2 et 3 du questionnaire

Partie 2 : Connaissances du champ de compétences d'exercice de la sage-femme

10. Quel(s) texte(s) énonce(nt) les compétences des sages-femmes ? (Plusieurs réponses possibles)

- Le code de déontologie
- Le référentiel de certification de l'HAS
- Le code de santé publique
- Le référentiel métier
- Le code civil
- Le code pénal

11. Quel(s) document(s) a (ont) une valeur juridique en matière médico-légal ? (Plusieurs réponses possibles)

- L'ERCF
- Le partogramme
- Le dossier médical
- Le dossier de soins

12. La sage-femme doit-elle prévenir l'obstétricien de garde avant de demander une anesthésie loco-régionale pour une patiente ?

- Oui
- Non

13. La sage-femme a-t-elle le droit de réaliser une DA-RU ?

- Oui
- Non
- Seulement en cas d'urgence
- Seulement sur utérus non cicatriciel

14. La sage-femme peut-elle décider de réaliser un pH au scalp, en cas d'ARCF (anomalies du rythme cardiaque foetal)?

- Oui
- Non

15. La sage-femme peut-elle réaliser le geste du pH au scalp, en cas d'ARCF (anomalies du rythme cardiaque foetal)?

- Oui
- Non

16. La sage-femme a-t-elle le droit de prescrire (de manière autonome) ?

	Oui	Non
Spasfon (phloroglucinol)	●	
Dalacine IV (dans la carte de la prévention d'une infection materno-foetale avec allergie à la pénicilline)	●	
Nubain (nalbuphine)		●
Syntocinon (oxytocine)	●	
Rophylac (immunoglobulines anti-D)	●	
Insuline IV		●
Acupan (nefopam)	●	
Vaccin contre l'hépatite B	●	
Immunoglobulines anti-hépatite B	●	

17. La sage-femme a-t-elle le droit de signer la déclaration de naissance ?

- Oui
- Non

Partie 3 : Connaissances en matière médico-légale

18. Qu'appelle t'on « faute détachable du service » ?

- Une faute liée à l'organisation du service
- Une faute dont la responsabilité porte sur l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux du service
- Une faute d'une gravité exceptionnelle qu'elle ne peut être rattachée au fonctionnement du service

19. Qui doit indemniser une patiente et/ou un nouveau-né, lorsqu'une sage-femme hospitalière entraîne par sa faute un dommage (en dehors des fautes détachables du service)?

- La sage-femme, via son assurance professionnelle
- La sage-femme de manière autonome
- L'hôpital

20. Lorsque la responsabilité pénale d'une sage-femme est engagée que risque t'elle? (Plusieurs réponses possibles)

- Une peine de prison
- Une interdiction d'exercer

- ☐ Verser des dommages et intérêts
- ☐ Un blâme
- ☒ Une amende
- ☐ Un avertissement

21. L'hôpital est-il responsable des conséquences de l'administration d'un médicament, si une sage-femme prescrit un médicament n'appartenant pas à son champ de prescription?

- ☐ Oui
- ☐ Non

22. La sage-femme est-elle responsable si elle délègue à un professionnel des actes qui sont en dehors de son champ de compétences?

- ☐ Oui
- ☐ Non

23. Quelle responsabilité de la sage-femme est engagée lorsqu'un patient saisit le conseil de l'ordre des sages-femmes?

- ☐ La responsabilité civile
- ☐ La responsabilité pénale
- ☒ La responsabilité disciplinaire

24. Quel(s) est(sont) le(s) recours possible(s), pour le patient, en matière de d'indemnisation d'un dommage? (Plusieurs réponses possibles)

- ☒ Le tribunal civil ou administratif
- ☒ Les CRCI (commissions régionales d'indemnisation et de conciliation)
- ☐ Le conseil de l'ordre
- ☒ La conciliation avec l'hôpital

25. Quel(s) est(sont) les organismes d'accompagnement de la sage-femme, en cas de procédure? (Plusieurs réponses possibles)

- ☒ Le service juridique de l'hôpital
- ☒ L'assurance professionnelle
- ☒ Le conseil de l'ordre