



SAGE-FEMME ET PRESCRIPTIONS

La Boîte Rose 



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

La Boîte Rose

L'accompagnement prénatal

Nous vous proposons des outils de communication spécialement adaptés aux futures mamans.

Le Kit Essentiel

Le premier support pédagogique pour accompagner les femmes enceintes dès le début de leur grossesse, mis à disposition gratuitement dans un coffret en libre service, dans vos salles d'attente ou à l'accueil de la maternité.



Le Dossier Maternité

Réalisé en partenariat avec le label Maternités sans tabac, pour sensibiliser les femmes enceintes fumeuses à mesurer leur taux de monoxyde de carbone, pour faire prendre conscience de l'impact de la cigarette pendant la grossesse.

Pour en savoir plus
ou bénéficier de ce dispositif,
contactez-nous au 01 78 99 13 83
ou info@familyservice.fr



Une action soutenue par le ministère des affaires sociales et de la santé.



ÉDITO

Sage-femme : profession médicale inscrite en tant que telle dans le code de santé publique, des textes, des lois, tout est écrit pour que la profession soit parfaitement lisible. Et pourtant...

Le mouvement des sages-femmes débuté le 16 octobre 2013, a mis en évidence une réelle méconnaissance de notre profession, tant des autres professionnels de santé, que des usagers et même de nos politiques. Le droit de prescription est l'un des actes fondateurs d'une profession médicale. Il est par ailleurs très réglementé. Chacune de nos prescriptions nous situe dans la dimension médicale de notre profession, chaque prescription nous engage et exige rigueur et pertinence, nos responsabilités sont en jeu.

Cette thématique déjà traitée lors d'une journée de formation en Juin 2014 a attiré un nombre considérable de nos consœurs, reflet de l'intérêt suscité par le sujet.

Soucieuses de la qualité de leurs pratiques, elles nous ont transmis leurs témoignages quant aux interrogations que soulève la prescription. Les organisations hospitalières et extra hospitalières sont telles que, par exemple, le suivi en post partum est essentiellement géré par les sages-femmes, que l'on soit dans le champ de la physiologie ou de la pathologie. Quelles sont les maternités où les examens de sortie et les prescriptions des patientes accouchées par césarienne sont réalisés par un médecin ? Nous avons ainsi mis en évidence, ce que l'on pourrait communément appeler des "glissements de tâches". Par ailleurs dans le cadre de la certification des établissements de santé, la sécurité du circuit du médicament est un axe prioritaire, c'est ainsi que l'on voit apparaître le développement de logiciels de prescription. Les éditeurs de logiciels, dans leur grande majorité, n'ont pas intégré le droit

de prescription sage-femme, avec les alertes inhérentes à nos listes définies, ignorance, oubli.

Face à ce brouillage, lié soit aux organisations hospitalières, soit aux évolutions régulières et parfois paradoxales de nos textes, le CNSF a souhaité apporter une clarification à l'état de la prescription des sages-femmes.

C'est par le prisme de la réglementation que le CNSF souhaite aborder ce nouveau dossier thématique : "Sage-femme et prescriptions", pour contribuer à améliorer la qualité des pratiques professionnelles et la sécurité de nos patients.

Ce dossier extrêmement dense au point d'être organisé en deux parties, rassemble des documents de grande qualité, fruit d'un travail pluri professionnel et pluridisciplinaire, tel que doit être pensée la Santé en 2015.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce dossier et plus particulièrement Chantal Dupond et Patricia Lucidarme qui l'ont coordonné.

Sophie GUILLAUME



Chaque prescription nous engage et exige rigueur et pertinence.

AUTEURS

- **Yasmina BADACHI**, Ph radiologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, APHP PARIS
- **Bernard BAILLEUX**, gynécologue obstétricien, ancien chef du pôle mère-enfant du CH de SECLIN (59)
- **Françoise BAVOUX**, médecin pharmacologue, responsable du Centre de pharmacovigilance et d'information sur le médicament, Hôpital Cochin, PARIS
- **Sara BENTO**, SF, maternité de l'Hôpital privé d'ANTONY (92)
- **Christine BLANCHOT-ISOLA**, SF, directrice PMI-CPEF Evry-Agora EVRY (92)
- **Daniel CAMUS**, Professeur à la faculté de médecine de Lille, médecin consultant à l'Institut Pasteur de Lille (59) Expert OMS, membre du Haut Conseil de Santé Publique
- **Marie Laure CHARKALUK**, pédiatre néonatalogiste CH St Vincent de Paul GHICL LILLE, professeur à la FLMM LILLE (59)
- **Claire CHAUVIERE**, assistante en gynécologie obstétrique, Maternité Paul Gellé, CH de ROUBAIX (59)
- **Conseil national de l'ordre des sages-femmes** Service juridique PARIS
- **Claire DRAN**, SF enseignante, directrice adjointe du département de maieutique de l'UFR des sciences de la santé Simone Veil-UVSQ, Master de recherche en droit privé et carrières judiciaires spécialité responsabilité médicale. VERSAILLES (78)
- **Chantal DUPOND**, SF LILLE (59), membre du CNSF, coordinatrice du dossier
- **Nicolas DUTRIAUX**, SF libérale HERBLAY (95) Secrétaire adjoint du CNSF
- **Isabelle GEILER**, docteur en pharmacie, DIU LHAM, chargée d'enseignement à la faculté de pharmacie LILLE (59)
- **Gisèle GREMMO-FEGER**, pédiatre, PH, chef de pôle, coordinatrice DIULHAM, CHRU BREST (29)
- **Agathe HOUZE de l'AULNOIT**, Chef de clinique Gynéco-Obstétrique CH St Vincent de Paul, GHICL LILLE (59)
- **Anaïs HUGUET-BOUILLET**, Sage-femme Maternité Jeanne de Flandre CHRU LILLE (59)
- **Bénédicte JOUFFROY**, Sage-femme Maternité libérale METZ (57) membre de la SIFUDPP et de l'ICS
- **Nathalie KERMARREC**, anesthésiste-réanimateur, Maternité de l'Hôpital Privé d'ANTONY (92)
- **Sylvie LAUPRETRE**, SF puéricultrice maternité du CH St Vincent de Paul, GHICL LILLE (59)
- **Benoît LE GOEDEC**, Enseignant SF, École de SF de l'Hôpital Foch, SURESNES (92)
- **Fanny LOEUILLET**, pharmacienne assistante CHRU LILLE (59)
- **Patricia LUCIDARME**, SF, membre du CNSF, coordinatrice du dossier
- **Caroline PECRIAUX**, pharmacien praticien attaché, centre de pharmacovigilance, Hôpital Cochin, PARIS
- **Nancy PETITPREZ**, SF libérale, homéopathe, WAVRIN (59) et hospitalière CH St Vincent de Paul, GHICL LILLE (59)
- **Roland QUENTIN**, Gynécologue, microbiologiste, UFR de médecine et UMR 1282 d'Infectiologie santé publique, TOURS (28)
- **Geoffroy ROBIN**, Gynécologue Médical, Andrologue et Méd. de la Reproduction, Ph, CHRU de LILLE (59)
- **Jean-Marc TRIVIER**, Pharmacien des hôpitaux, CH St Vincent de Paul GHICL LILLE, Prof. agr. de pharmacologie FLMM LILLE (59)
- **Brune de VILLEPIN**, SF - pharmacologue, Maternité des Lilas, membre du "Réseau Medic-AI" - PARIS
- **Groupe de relecture** : S. GUILLAUME, F. GALLEY-RAULIN, M. RIVIERE, C. BLANCHOT-ISOLA, C. DAZELLE, M. ZANARDI-BRAILLON, membres du CA du CNSF
- **Coordination** : C. DUPOND, P. LUCIDARME, membres du CA du CNSF, commission Formation

INTRODUCTION

Construit à partir des témoignages et des questions des sages-femmes (SF), ce dossier thématique vous propose une relecture du cadre et du contenu de notre champ de prescriptions selon ses composantes légale, scientifique, médicale et pratique, ses atouts et ses limites, et ouvre sur des évolutions souhaitables.

Nous avons traité ce très vaste dossier en 2 tomes : le Tome 1 (version papier) dont vous disposez ici et le Tome 2 en format numérique uniquement. Vous retrouverez donc les 2 tomes en continuum sur le site du CNSF. www.cnsf.asso.fr/Publications/Dossiers thématiques du CNSF
Toutes les prescriptions des SF n'ont pu être traitées. Vous y retrouverez :
- Une grande partie des médicaments, actes et examens que vous êtes habilités à prescrire

et réaliser concernant la femme (en obstétrique et gynécologie de prévention) et le nouveau-né,
- Une mise au point sur les documents administratifs que vous pourriez être amenés à établir,
- Deux sujets de santé publique d'actualité,
- Une réflexion sur de possibles évolutions.

En cohérence avec la réalité spécifique et transversale de notre exercice, nous avons sollicité de nombreux auteurs, sages-femmes,

médecins de diverses spécialités, pharmaciens, de tous lieux et types d'exercice. Tous ont montré une grande motivation à partager leurs savoirs et leur expérience avec les sages-femmes, dans un esprit de complémentarité professionnelle réaliste et enrichissant.

Toute l'équipe de rédaction vous souhaite une bonne lecture !

Chantal DUPOND

SAGE-FEMME ET PRESCRIPTIONS

TOME 1

CHAPITRE I

LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ET LA PRESCRIPTION

Le champ de compétence de la sage-femme et la limite de la physiologie

- A Fondement historique et cadre actuel du droit de prescription des sages-femmes
- B Évolution du droit et du champ de prescription des sages-femmes
- C Qu'est-ce qu'une prescription ?
- D Principes d'utilisation des génériques et médicaments hors AMM
- E L'administration des prescriptions médicamenteuses
Traçabilité
- F Les protocoles
- G La Pharmacovigilance
- H Les outils d'aide à la prescription médicamenteuse

CHAPITRE II

PROBLEMATIQUES ACTUELLES DES SAGES-FEMMES

- A Identification
- B Les fautes de prescription

CHAPITRE III

PRESCRIPTIONS ET EXERCICE PROFESSIONNEL

- A PERINATALITÉ PRESCRIPTIONS AUX FEMMES
- A1 Les médicaments

TOME 2

- A2 Les dispositifs médicaux
- A3 Les actes médicotechniques
- A4 Les examens complémentaires
- A5 Les actes et documents administratifs

B PERINATALITÉ NEONATOLOGIE PRESCRIPTIONS AUX NOUVEAUX-NÉS

- B1 Médicaments
- B2 Examens complémentaires
- B3 Actes médicotechniques

C GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTION ET CONTRACEPTION

- C1 La contraception
- C2 Prévention et dépistage du cancer du sein
- C3 Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus
- C4 L'échographie en gynécologie

D SANTÉ PUBLIQUE

- D1 Les Vaccinations
- D2 Violences aux femmes et aux enfants

CHAPITRE IV

ÉVOLUTIONS NECESSAIRES ET PROPOSITIONS

CONCLUSION

LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ET LA PRESCRIPTION

Le champ de compétences de la sage-femme et la limite de la physiologie C. DRAN

Que ce soit en périnatal, pour la mère ou l'enfant, ou en gynécologie, dès la survenue d'une pathologie la sage-femme (SF) doit faire appel à un médecin (articles L4151-1¹ CSP, L4151-3² CSP et L2122-1³ CSP). Cette distinction entre la physiologie et la pathologie est fondamentale pour l'appréciation de la responsabilité de la SF.

La Cour de Cassation et le Conseil d'État utilisent dans leurs arrêts le terme "d'accouchement dystocique" pour définir à quel moment la SF est tenue de faire appel à un médecin en raison d'une pathologie susceptible de mettre en danger la vie de la parturiente ou de l'enfant, la dystocie correspondant à un accouchement difficile, quelle que soit cette difficulté. Les magistrats se basent sur les conclusions de l'expert nommé pour les éclairer sur les aspects techniques d'un dossier médical⁴. Même si les juges ne sont pas liés par son avis⁵, la plupart du temps ils fondent leur raisonnement sur les constatations de cet expert⁶ qui précisera entre autres, l'existence ou non d'une pathologie. Il explique les circonstances de l'évènement, et analyse les pratiques de la SF qui doivent être "conformes aux données scientifiques du moment".⁷ Cette notion peut se rapporter à celle de données acquises de la science. Celles-ci sont constituées par les recommandations médicales de bonnes pratiques des sociétés savantes, les conférences de consensus, les Références Médicales Opposables (RMO)⁸, et les règles de l'art médical.

Ces règles de l'art sont énoncées par la littérature médicale dans les livres et traités médicaux récents, ainsi que les articles médicaux contenant les avis unanimes d'éminents spécialistes.⁹

En obstétrique beaucoup de cas sont bien décrits, et font l'objet d'un consensus de la communauté médicale, la grossesse gémellaire par exemple, pour laquelle les recommandations préconisent lors de l'accouchement la "disponibilité immédiate et permanente d'un gynécologue obstétricien" (CNGOF). La place de la SF lors de l'accouchement d'une patiente présentant une grossesse gémellaire est alors très limpide.

Par contre, le mode d'accouchement du siège à terme est source de controverses en raison des risques de complications. Pour certains, l'accouchement en présentation du siège n'est pas un accouchement dystocique, relève-t-il pour autant de la compétence de la SF ? Devant l'absence de consensus et la persistance d'une polémique entre éminents spécialistes, la prudence commande à la SF de considérer cet accouchement comme potentiellement dystocique et d'appeler le médecin.

En revanche, il existe des situations nettement moins claires. L'autonomie de la SF est limitée à la physiologie, cependant il n'existe pas de définition légale de la pathologie ou de la physiologie et la difficulté majeure pour elle consiste à apprécier le moment où l'évolution de la situation devient pathologique et impose l'appel au médecin.

¹ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

² Article L4151-3 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004

³ Article L2122-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86

⁴ Article 232 du Code de Procédure Civile, Codifié par le Décret 75-1123 1975-12-05 JORF 9 décembre 1975 rectificatif JORF 27 janvier 1976

⁵ Article 246 du Code de Procédure Civile, Codifié par le Décret 75-1123 1975-12-05 JORF 9 décembre 1975 rectificatif JORF 27 janvier 1976

⁶ Welsch S. Responsabilité du médecin, Editions LITEC Editions du Juris-Classeur, Collection Pratique professionnelle, 2^{ème} édition, 2003, 346 p, p168

⁷ Article R 4127-325 CSP Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

⁸ RMO : instituées par la loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, JO n°3 du 5 janvier 1993, NOR: SPSX9200085L

⁹ Smallwood O, La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ? Médecine & Droit Volume 2006, n°79-80, p 121-126

A - Fondement, historique et cadre actuel du droit de prescription des sages-femmes C. DRAN

Le droit de prescription des professions médicales est très encadré par la loi et le règlement car les spécialités auxquelles les patients ont ainsi accès peuvent présenter directement ou indirectement un risque pour la santé et l'assurance maladie est sollicitée pour le remboursement.

Avant la Révolution Française, très peu de textes organisent la profession de SF et aucun ne concerne leur droit de prescription.

La loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) redéfinit l'exercice des professions médicales. Concernant les SF, elle stipule que celles-ci "ne pourront employer les instruments, dans les cas d'accouchement laborieux, sans appeler un docteur, un médecin ou un chirurgien anciennement reçu" (article 33). Les instruments autorisés sont peu nombreux : ciseaux, sondes, canules d'injections, aiguilles et tube laryngien.

Cette loi ne précisait pas le droit de prescription des SF, qui ne semblait pas limité, mais l'ordonnance du 29 octobre 1846 n'accordera la délivrance des substances vénéneuses qu'aux seuls médecins, officiers de santé et vétérinaires.

Le décret du 23 juin 1873 autorise les SF à prescrire l'ergot de seigle, utilisé par les matrones depuis la fin du Moyen Âge.

Le décret du 9 juillet 1890 permet la prescription et l'utilisation d'un antiseptique, presque dix ans après la mise en place de la méthode antiseptique dans les hôpitaux de Paris.

Avec la loi du 22 novembre 1892¹⁰ intervient une grande réforme qui modifie la réglementation de la profession de SF : l'article 4 stipule que désormais "Il est interdit aux SF d'employer des instruments" ; "Il leur est également interdit de prescrire des médicaments sauf le cas prévu par le décret

du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de Médecine".

Après 1873, le droit de prescription des SF, déjà restreint, évoluera peu.

L'arrêté du 18 juin 1952¹¹ précise les préparations à base de substances vénéneuses que peuvent prescrire les SF et l'arrêté du 7 août 1952 leur permet la prescription de quelques solutions, pommades, pansements, alcool, et laxatifs habituellement délivrés sans ordonnance¹².

L'arrêté du 26 mars 1959¹³ introduit quelques modifications mineures sur les matériels de pansement. Puis d'autres arrêtés préciseront la liste des examens (1983)¹⁴ et instruments (1988)¹⁵ autorisés aux SF pour leur usage personnel ou la prescription à leurs patientes.

Il faut attendre 2004 pour voir une réelle révolution dans le droit de prescription des SF avec la publication d'un arrêté comportant non plus une liste de médicaments mais une liste de classes thérapeutiques¹⁶. Il sera suivi en 2005 par un arrêté permettant la prescription de quelques vaccins¹⁷ et en 2006 par la liste des dispositifs médicaux que les SF sont autorisées à prescrire¹⁸.

Les dernières modifications en rapport avec le droit de prescription des sages-femmes datent de janvier 2011¹⁹ pour les vaccins, d'octobre 2011²⁰ pour la prescription des dispositifs médicaux et de février 2013²¹ pour la prescription des médicaments.

¹⁰ Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIX^e siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p : p 195

¹¹ Gache B, Connaissance des pharmaciens d'officine à propos du droit de prescription des sages-femmes, Mémoire pour obtenir le Diplôme d'état de SF, Université d'Auvergne, Ecole de SF de Clermont-Ferrand, 2012, 110p

¹² Arrêté du 7 août 1952, Droit de prescriptions pour les SF, JO du 15/08/1952, texte : 8223, source : <http://www.legifrance.gouv.fr>

¹³ Arrêté du 26 mars 1959, Modification de l'arrêté du 7 août 1952 fixant les produits et les articles que les sages-femmes sont autorisées à prescrire, JO du 05/04/1959, texte : 3939, source : <http://www.legifrance.gouv.fr>

¹⁴ Arrêté du 17 octobre 1983 fixant la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire, source : <http://www.legifrance.gouv.fr>

¹⁵ Arrêté du 3 octobre 1988 fixant la liste des instruments que peuvent employer les sages-femmes, source : <http://www.legifrance.gouv.fr>

¹⁶ Arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes, JORF n°67 du 19 mars 2004 page 5324 texte n° 20, NOR: SANH0420671A

¹⁷ Arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer, NOR: SANP0521016A

¹⁸ Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire, JORF n°152 du 2 juillet 2006 page 9947 texte n° 19, NOR: SANS0622672A

¹⁹ Arrêté du 10 janvier 2011 modifiant l'arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer, NOR: ETSH1100837A

²⁰ Arrêté du 12 octobre 2011 modifiant l'arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire, NOR: ETSH1127810A

²¹ Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires, NOR: AFSH1303324A

B - Évolution du droit et du champ de prescription des sages-femmes

Sources : service juridique du Conseil national de l'ordre des sages-femmes - Août 2014.

Depuis l'ordonnance du 24 septembre 1945 qui a instauré les règles d'exercice et d'organisation de notre profession, le droit et le champ de prescription des sages-femmes évoluent régulièrement. Ils s'appuient sur un ensemble de textes législatifs et réglementaires ainsi que sur les principes déontologiques propres à la profession de sage-femme (SF).

1. Aspect législatif et réglementaire

- L'article L.4151-4 du code de la santé publique (CSP) définit que "les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté (...)".
- Les textes réglementaires précisent ce dispositif législatif :
 - La liste des médicaments que peuvent prescrire les SF a été fixée par l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié par l'arrêté du 4 février 2013.
 - La liste des dispositifs médicaux que la SF est autorisée à prescrire a été établie par l'arrêté du 27 juin 2006 modifié par l'arrêté du 12 octobre 2011.

2. Aspect déontologique

La SF est tenue d'exercer son art, et en particulier d'établir des prescriptions, dans le respect des règles déontologiques inhérentes à la profession de SF (Code de déontologie : Articles R.4127-301 à R.4127-367 du CSP).

3. L'évolution des fondements textuels

• S'agissant du code de déontologie des SF

L'article L.4127-1 du CSP attribue au Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) la charge de préparer et d'actualiser le Code de déontologie des SF. En absence d'obligation réglementaire quant à la fréquence de cette actualisation, celle-ci est fonction des avancées scientifiques et s'effectue dans l'intérêt des patientes et des nouveau-nés. Les modifications sont préparées en concertation avec les instances professionnelles concernées (sociétés savantes, collèges, associations professionnelles, experts...). Ces propositions sont ensuite soumises aux rouages de la procédure réglementaire avec ses inévitables allers-retours avant d'être transmises pour avis au Conseil d'État puis adoptées par décret du Premier Ministre avant d'entrer en vigueur à la suite de leur publication au Journal Officiel. À l'initiative du CNOSF, le code de déontologie a ainsi fait l'objet de plusieurs modifications : décret du 17 octobre 2006, du 27 août 2008, et enfin décret n°2012-881 du 17 juillet 2012.

• S'agissant des textes de nature législative et réglementaire

L'évolution des textes tant législatifs (loi) que réglementaires (décret, arrêté...) ne peut pas être initiée par le CNOSF. En effet, cette évolution répond à un processus particulier (succession d'actes à la suite desquels les instances nationales - gouvernement, Assemblée Nationale, Sénat - adoptent un acte législatif ou réglementaire) et seules les autorités compétentes - à savoir par exemple un Ministre pour un arrêté - peuvent en être à l'origine. Toutefois, conformément à l'article L. 4122-1 du CSP, le CNOSF est appelé à donner son avis sur les projets de règlements, décrets ou lois qui lui sont soumis par le Ministre des affaires sociales et de la santé et qui concernent la profession.

Dans le cadre de cette mission de réflexion et de prospective, il a un rôle privilégié comme force de proposition et intervient auprès du Ministre de la santé d'une part pour donner un avis sur les projets de textes concernant la profession et d'autre part pour solliciter les autorités compétentes afin qu'elles prennent les dispositions législatives ou réglementaires nécessaires au regard des évolutions d'exercice de la profession.

4. L'évolution de la liste des médicaments et des dispositifs médicaux que la SF est autorisée à prescrire

L'évolution de ces listes est soumise à la procédure législative et réglementaire ci-dessus exposée. En outre, conformément à l'article

L.4151-4 du CSP, la liste des médicaments que les SF sont autorisées à prescrire est établie par arrêté du Ministre chargé de la Santé après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). La liste des dispositifs médicaux est établie par arrêté du Ministre chargé de la Santé. Enfin, l'élaboration de telles listes dépend du fastidieux régime juridique auquel sont soumises la distribution et la vente des médicaments et des dispositifs médicaux, lesquelles sont principalement mises en œuvre par l'ANSM.

C - Qu'est-ce qu'une prescription ? C. DRAN

1. La prescription médicale, le certificat médical, l'attestation, le signalement : Quelles différences ?

- **La prescription** est l'acte médical consistant à commander, la réalisation d'une thérapeutique : délivrance ou administration de médicaments, réalisation d'examens biologiques, radiologiques, échographiques, traitements physiques, actes de kinésithérapie, cures thermales, règles d'hygiène et de diététique. Elle permet aussi le remboursement d'un moyen de transport, d'une aide à domicile ou le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. Elle est réalisée sur un support particulier, l'ordonnance, qui est très réglementé.
- **Le certificat** a pour objet essentiel de constater un fait médical, par un médecin ou une sage-femme dans l'exercice de ses fonctions. Il s'agit d'un témoignage qui peut servir de preuve pour établir l'existence d'un fait litigieux. Il est établi à la demande

d'un patient ou d'une autorité publique. Le praticien doit avoir examiné le patient puis mentionner les constatations des faits pour lesquels le certificat a été demandé. Seuls les faits précis constatés lors de la consultation peuvent être rapportés. La responsabilité du rédacteur du certificat peut être engagée en cas de faux certificats ou de certificats de complaisance et passible de sanctions pénales (article 447-1 Code Pénal)²² civiles (article 1382 Code Civil)²³ et disciplinaires (articles R4127-333 à R4127-336 CSP).

Il n'existe aucun texte particulier réglementant la rédaction d'un certificat, en dehors d'un article du code de déontologie²⁴. Le certificat peut être effectué sur un papier libre, il doit néanmoins comporter la qualité du praticien qui l'a établi, son adresse, sa signature manuscrite, la date du jour où il a été rédigé et l'identité du demandeur.

²² Article 441-7 CP, Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002

²³ Article 1382 CC, Créé par Loi 1804-02-09 promulguée le 19 février 1804

²⁴ Article R4127-333 CSP



Les sages-femmes peuvent prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'ANSM

- **L'attestation** fait état de constatations et de faits dont une personne a été le témoin. Elle peut être effectuée par tout citoyen, y compris par un médecin ou une sage-femme, en dehors de toute activité médicale. L'attestation peut porter sur le comportement ou l'état de santé d'un individu, et "contient la relation des faits auxquels son auteur a assisté ou qu'il a personnellement constatés".²⁵
- **Le signalement** a une portée plus large que le certificat puisqu'il s'agit d'alerter l'autorité publique sur le fait qu'un patient est victime de sévices. Il s'agit là d'interpréter les constatations effectuées, pour discerner si l'état de santé du patient serait consécutif à des sévices ou des privations²⁶ mais en aucun cas de signaler l'auteur présumé des faits dont le praticien n'a pas été le témoin

2. La prescription et l'ordonnance

- **Plusieurs professionnels de santé peuvent rédiger une ordonnance :**

Professions médicales

Les sages-femmes sont habilitées à prescrire selon l'article L4151-4 du CSP: "les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé".²⁷ Concernant les médicaments, la liste des classes thérapeutiques est énoncée dans l'arrêté du 4 février 2013²⁸, et la liste des dispositifs médicaux dans l'arrêté du 12 octobre 2011²⁹. Quant à la prescription des examens complémentaires, il n'existe plus de liste depuis 2004. Le critère retenu est le caractère strictement nécessaire à l'exercice de la profession.

Les médecins disposent d'une grande liberté de prescription, néanmoins tempérée par le

respect de l'AMM, la nécessaire maîtrise médicalisée des dépenses de santé et l'existence de médicaments soumis à prescription restreinte notamment ceux réservés à certains spécialistes. De plus, certains praticiens exercent une médecine non prescriptive (médecine de prévention, du travail, de PMI, de santé publique...) et ne peuvent prescrire que de manière exceptionnelle en cas d'urgence ou, comme les médecins retraités, au seul profit de leur entourage.

Les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, médicaments, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie bucco-dentaire.

Auxiliaires médicaux

Les infirmiers sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux³⁰ et peuvent renouveler les prescriptions de contraceptif oraux datant de moins d'un an, pour une durée de 6 mois non renouvelable³¹ (liste fixée par arrêté du ministre de la santé).³²

Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent également prescrire certains dispositifs médicaux.³³

Les pédicures-podologues peuvent prescrire des topiques à usage externe et des pansements.³⁴

- **De nombreux textes du Code de la Sécurité Sociale (CSS), ou du Code de Santé Publique (CSP), encadrent la rédaction de l'ordonnance :** mentions obligatoires, conditions d'autorisation de mise sur le marché, déontologie, caractéristiques nécessaires pour une prise en charge par l'assurance maladie. En signant une ordonnance, qui est un document médico-légal, le prescripteur engage sa responsabilité juridique.
- **Il est recommandée de rédiger la prescription en triple exemplaire :** un pour le patient (délivrance du médicament, suivi du traitement...), un pour l'assurance maladie (obligatoire depuis l'arrêté du 29 août 1983)

²⁵ Article 202 Code de Procédure Civile

²⁶ Article 226-14 CP, Modifié par Loi n°2003-239 du 18 mars 2003 - art. 85, Modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 - art. 34 JORF 7 mars 2007

²⁷ Article L4151-4 CSP, Modifié par la LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5

²⁸ Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires NOR: AFSH1303324A

²⁹ Arrêté du 12 octobre 2011 modifiant l'arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire NOR : ETSH1127810A

³⁰ Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire NOR: ETSH1208335A

³¹ Article L4311-1 CSP, Modifié par LOI n°2012-1404 du 17 décembre 2012 - art. 52

³² Arrêté du 25 mai 2010 fixant la liste des médicaments contraceptifs oraux visée aux articles L. 4311-1 et L. 5125-23-1 du code de la santé publique NOR: SASP1011948A

³³ Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire NOR: SANS0620089A

³⁴ Décret n°2009-956 du 29 juillet 2009 relatif à la prise en charge par l'assurance maladie de certains produits de santé prescrits par les pédicures-podologues NOR : SJS0827172D

et un à conserver dans le dossier du patient (document précieux en cas de contentieux).

- **L'ordonnance doit comporter³⁵** un certain nombre de mentions afin de permettre l'exécution ou la délivrance d'une thérapeutique et sa prise en charge par l'assurance maladie :

- **Le prescripteur** : ses nom et prénoms, sa qualité et, le cas échéant, son titre ou spécialité, son identifiant, son adresse professionnelle avec la mention "France", ses coordonnées téléphoniques précédées de l'indicatif international "+33" et son adresse électronique, sa signature, la date de l'ordonnance, et pour la prescription hospitalière le nom de l'établissement ou du service de santé.

- **Le médicament ou le produit prescrit** : sa dénomination ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune internationale (DCI)*, la posologie et le mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée, la quantité pour la durée du traitement ou le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription

- **Le patient** : ses nom et prénoms, le sexe, la date de naissance et, si nécessaire, sa taille et son poids.

* La SF doit se conformer à la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé qui dans son article 19, impose la désignation du médicament par sa dénomination commune internationale ou DCI. **La DCI** désigne le médicament par le nom de la substance active, la molécule, contenue dans le médicament, et non par son nom commercial. Une même molécule peut être vendue par les laboratoires sous des noms différents : en 2007, la Mutualité Française signalait en France plus de 8 000 noms commerciaux de médicaments pour seulement 1700 DCI.

La prescription par DCI contribue à la sécurité des prescripteurs, des pharmaciens et des patients en évitant le risque de surdosage.

Art L5121-1-2 du CSP : "La prescription d'une spécialité pharmaceutique mentionne ses principes actifs, désignés par leur dénomination commune internationale (DCI) recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé ou, à défaut, leur dénomination dans la pharmacopée européenne ou française. En l'absence de telles dénominations, elle mentionne leur dénomination commune usuelle. Elle peut également mentionner la dénomination de fantaisie de la spécialité".

Cet article est complété par l'Art L5121-1-3 du CSP qui impose à tout titulaire d'une autorisation de mise sur le marché ou tout exploitant d'un médicament de mettre à disposition du public sur son site internet la désignation des principes actifs du médicament selon leur DCI. Le délai de mise en application de cette obligation est fixé au 1^{er} janvier 2015.

- **Pour une commande de médicaments à usage professionnel**, le prescripteur doit indiquer³⁶:

- Le nom, la qualité, le numéro d'inscription à l'Ordre, la date, l'adresse et la signature du praticien,
- La dénomination et la quantité du médicament ou du produit
- La mention : "Usage professionnel".

- **Pour les médicaments classés comme stupéfiants** : l'utilisation des ordonnances dites sécurisées est obligatoire pour toute prescription ou commande à usage professionnel de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants³⁷ (disparition des carnets à souche depuis le 1^{er} juillet 1999). Les ordonnances sécurisées répondent à des spécifications techniques précises fixées par arrêté³⁸, elles ne peuvent être fabriquées que par des éditeurs agréés AFNOR. Des mentions sont pré-imprimées en bleu sur un papier filigrané blanc naturel

³⁵ Article R5132-3 CSP, Modifié par Décret n°2013-1216 du 23 décembre 2013 - art. 2

³⁶ Article R5132-4 CSP, Modifié par Décret n°2007-596 du 24 avril 2007 - art. 1 JORF 26 avril 2007

³⁷ Article R5132-5 CSP, Modifié par Décret n°2012-597 du 27 avril 2012 - art. 5

³⁸ Arrêté du 18 juin 2009 modifiant l'arrêté du 31 mars 1999 fixant les spécifications techniques des ordonnances mentionnées à l'article R. 5194-1 du code de la santé publique NOR: SASP0904545A

sans azurant optique et dont le grammage est spécifique. De plus, il y a un certain nombre de conditions à respecter lors de la rédaction de cette prescription³⁹.

Une prescription de médicaments stupéfiants destinés à un usage interne aux établissements de santé peut être réalisée sur d'autres supports. En revanche, l'ordonnance de sortie du patient doit obligatoirement être sécurisée pour permettre la dispensation du médicament.

• **Dans tous les cas**, le prescripteur appose sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rend inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié. En cas de perte ou de vol de leurs ordonnances, les prescripteurs en font la déclaration sans délai aux autorités de police (la falsification d'une ordonnance, le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende⁴⁰).

³⁹Article R5132-29 CSP, Modifié par Décret n°2007-596 du 24 avril 2007 - art. 1 JORF 26 avril 2007

⁴⁰Article 441-1 CP, Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002

⁴¹Article R4127-339 CSP, Modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

L'article R 4127-339 CSP⁴¹ énonce les seules indications que la SF a le droit de mentionner sur ses ordonnances :

- Ses nom, prénoms et adresse professionnelle, numéros de téléphone et de télécopie, l'adresse de sa messagerie internet et de son site internet personnel, ses jours et heures de consultation
- Le titre de formation lui permettant d'exercer sa profession ainsi que le nom de l'établissement où elle l'a obtenu
- Les autres titres de formation et fonctions dans les conditions autorisées par le CNO
- Ses distinctions honorifiques reconnues par la République française

- Si la sage-femme exerce en association ou en société, les noms des sages-femmes associées et l'indication du type de société
- Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie
- Son numéro d'identification RPPS
- Les numéros de compte bancaire
- S'il y a lieu, son appartenance à une association de gestion agréée.

Par ailleurs, d'autres articles du code de déontologie (R4127-311 à R4127-314 du CSP et R4127-334 CSP) réglementent la prescription de la SF :

Ainsi, celle-ci doit observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité

des soins et l'intérêt de sa patiente. Elle ne doit pas formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ni faire courir à sa patiente ou à l'enfant un risque injustifié. Elle ne peut proposer aux patientes ou à leur entourage, comme salutaires ou efficaces, des remèdes ou des procédés insuffisamment validés sur le plan scientifique. Enfin, elle doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire, veiller à la bonne compréhension de celles-ci par la patiente et son entourage et s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement.

D - Principes d'utilisation des génériques et médicaments hors AMM

C. DRAN

1. La prescription

d'un médicament générique

- Un médicament générique a la même composition en principes actifs et la même forme pharmaceutique que le médicament princeps. La dénomination commune de la substance active inscrite sur la boîte est également identique. La disparité se situe au niveau des excipients qui peuvent être différents de ceux du médicament princeps, de la présentation (couleur, forme, goût...) et du nom commercial. L'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) des médicaments génériques repose sur la même méthode d'évaluation que celle appliquée à l'ensemble des médicaments et les règles de prescription et de délivrance demeurent les mêmes que pour le médicament princeps⁴².
- La sage-femme (SF) est libre dans ses prescriptions de médicaments issus d'une liste de classes thérapeutiques fixée par arrêté⁴³ du ministre chargé de la santé⁴⁴. L'article R4127-312 CSP⁴⁵ précise même que "La sage-femme... doit dans ses actes et ses prescriptions observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des soins et l'intérêt de sa patiente".

En conséquence la SF peut tout à fait prescrire des médicaments génériques

dans la mesure où ceux-ci sont issus d'une des classes thérapeutiques listée dans l'arrêté du 4 février 2013⁴⁶. Il est cependant nécessaire de vérifier l'AMM du médicament générique qui peut être légèrement différente du médicament princeps : ainsi le Dostinex[®] comprimé à 0,5 mg (DCI : Cabergoline, laboratoire PFIZER) n'a pas l'AMM pour l'indication d'inhibition de la lactation⁴⁷, alors que le médicament générique Cabergoline Sandoz[®] comprimé à 0,5 mg (DCI : Cabergoline, laboratoire SANDOZ SAS) possède l'AMM pour l'indication d'inhibition de la lactation pour causes médicales⁴⁸.

2. La prescription hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)

- **Le dossier d'AMM** contient l'intégralité des informations et études d'un médicament synthétisées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP). L'AMM permet de garantir un rapport bénéfices/risques favorable au terme de la réalisation d'essais cliniques validés. La prescription hors AMM revient à prescrire dans des conditions d'utilisation autres que celles du RCP, c'est-à-dire hors indication thérapeutique, hors posologie conseillée, hors fréquence et durée de traitement conseillées, ou hors groupe de patients. La prescription hors AMM représenterait 15 à 20% de toutes les prescriptions. Elle est souvent liée à la nouvelle indication thérapeutique d'un médicament connu, qui sera peu à peu validée par l'usage des professionnels. Elle est particulièrement fréquente en obstétrique.
- **La prescription hors AMM est rendue possible par la loi⁴⁹ à titre d'exception, en cas d'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une AMM ou d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) :**
 - Sous réserve que l'indication ou les conditions d'utilisation considérées aient fait l'objet d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, cette recommandation ne pouvant excéder trois ans
 - Ou que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique du patient.

Le praticien doit alors mentionner le caractère hors AMM sur l'ordonnance et signaler à son patient qu'elle n'ouvre pas droit au rembour-

⁴² Cf site <http://www.sante.gouv.fr/qu-est-ce-qu-un-generique.html>

⁴³ Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires NOR: AFSH1303324A

⁴⁴ Article L4151-4 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004

⁴⁵ Article R 4127-312 CSP Codifié par Décret 2004-802 2004-07-29 Anciens textes: Code de déontologie des sages-femmes. - art. 12 (Ab)

⁴⁶ Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires NOR: AFSH1303324A

⁴⁷ Avis de la Commission de la transparence du 15 mai 2013 -HAS- www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../fr/dostinex-15052013-avis-ct9757

⁴⁸ Avis de la Commission de la transparence du 07 mai 2014 -HAS- www.has-sante.fr/portail/.../c.../cabergoline-sando-z07052014avisct13522

⁴⁹ Article L5121-12-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la LOI n°2012-1404 du 17 décembre 2012 - art. 5



Il est interdit aux sages-femmes de délivrer des médicaments non autorisés"

sement ou à la prise en charge par l'assurance maladie. Il doit de plus l'informer sur les risques encourus, et motiver la décision de prescription hors AMM par écrit sur le dossier du patient. La prescription hors AMM représente un risque accru de mise en cause en cas de dommage à un patient en raison du non-respect des bonnes recommandations d'utilisation du médicament. Elle peut engager la responsabilité du prescripteur, du laboratoire pharmaceutique et du pharmacien qui a délivré le médicament (le pharmacien d'officine doit contrôler la régularité de l'ordonnance et lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, il doit refuser de dispenser ce médicament⁵⁰).

- **La sage-femme est libre dans ses prescriptions de médicaments issus d'une liste de classes thérapeutiques fixée par arrêté⁵¹ du ministre chargé de la santé⁵².** Toutefois sa liberté de prescription est limitée par le respect de l'AMM de chaque médicament.

En effet selon l'article R 4127-311 du CSP, la SF ne peut pas prescrire hors AMM "... Il leur est interdit de délivrer des médicaments non autorisés" et selon l'article 1^{er} de l'arrêté du 12 octobre 2011⁵³, toujours en vigueur, "...Pour chaque classe thérapeutique, la sage-femme doit tenir compte du résumé des caractéristiques du produit prévu à l'article R. 5121-21 du code de la santé publique, et notamment des indications, contre-indications éventuelles et des données relatives à la grossesse et l'allaitement...".

Ces textes interdisent explicitement la prescription hors AMM pour la SF,

laquelle ne peut prescrire que les médicaments issus d'une liste précise de classes thérapeutiques tout en respectant les indications de l'AMM. Face à une prescription hors AMM d'une SF, le pharmacien d'officine peut refuser de dispenser le médicament à la patiente, ou la caisse d'assurance maladie peut refuser de le rembourser.

⁵⁰ Article R 4235-61 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

⁵¹ Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires NOR: AFSH1303324A

⁵² Article L4151-4 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004

⁵³ Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires NOR: ETSH1127808A

E - Administration des prescriptions médicamenteuses - Traçabilité

P. LUCIDARME

"Le circuit du médicament en établissement de santé a pour objectif d'optimiser l'organisation du circuit du médicament afin que les bons médicaments soient prescrits, dispensés et administrés aux bons patients avec un rapport bénéfice-risque optimum pour le patient" (arrêté du 06 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé).

Deux particularités apparaissent en maternité concernant l'administration médicamenteuse.

- La première concerne le macro processus du circuit du médicament. Dans les établissements de santé, le principe est simple et centré autour du patient, composé d'une

série d'étapes successives, réalisées par des professionnels différents : la prescription est faite par le médecin ou une personne habilitée qui a la connaissance de l'anamnèse du patient, de son examen clinique et des décisions thérapeutiques prises, le pharmacien assisté d'un préparateur assure la dispensation médicamenteuse qui tient compte du contexte médical du patient et de l'analyse de la prescription de l'ensemble des médicaments. Le soignant habilité assure l'administration des médicaments : acte par lequel il fait absorber un médicament au patient. Son organisation doit assurer la sécurité du patient d'où l'obligation de vérification de la prescription et de son enregistrement (traçabilité).

En maternité la SF peut être, en fonction des organisations du service, à la fois prescriptrice et administratrice. L'enchaînement immédiat de ces deux actes, réalisés par un même intervenant, donc l'absence de la distanciation qui permet habituellement la révision de la prescription au moment de l'administration, peut-elle être source de faute ? L'apparition des outils informatiques qui décompose l'ensemble du processus du circuit du médicament, oblige chaque intervenant à se positionner le plus rigoureusement possible dans ce qu'il fait. La traçabilité de la prescription et de l'administration en sont le reflet. Elle est chronophage et semble redondante quand elle est faite par la même personne. Pourtant cette exigence n'est-elle pas essentielle d'une prise en charge sécurisée de qualité ?

- La seconde concerne les dérives possibles de l'administration médicamenteuse souvent liées à des contraintes organisationnelles. Par exemple :
 - Les recommandations concernant le risque d'hémorragie de la délivrance préconisent une délivrance dirigée par l'injection d'ocytocine dans les 5 min. qui suivent la naissance, ce qui laisse à priori le temps à la SF de réaliser son injection ou de ne pas la faire faute de moyen.

En cas de risque objectivé, la SF doit prendre les mesures nécessaires pour que celle-ci puisse être réalisée.

Or certaines SF sont seules en salle de naissance assistée d'une aide-soignante (AS) ou auxiliaire de puériculture (AP). Une AS ou AP en salle de

naissance peut-elle participer à la délivrance dirigée c'est-à-dire peut-elle réaliser une injection d'ocytocine ?

- Qu'en est-il de l'administration par les AP de maternité, des vitamines et collyre au nouveau-né lors des soins ? L'arrêté du 16/01/2006 modifié par l'arrêté du 28/09/2011 relatif au diplôme d'AP : "elle adapte ses interventions lors de la réalisation des soins avec l'infirmière, la puéricultrice ou la sage-femme" n'est pas pour autant un passeport lui permettant d'administrer ces médicaments, administration qui se fait le plus souvent en collaboration avec les parents dans le cadre de l'apprentissage des soins à leur nouveau-né.

Plus généralement le texte sur la collaboration infirmiers-AS/AP énonce que l'administration de médicament par les AS ou les AP n'est possible que dans les établissements à caractère sanitaire, social ou médico-social (article R4311-4 CSP), et dans la mesure où il s'agit d'un geste de la vie courante que ne peut pas plus réaliser la personne en raison d'une perte d'autonomie. Les AS et les AP n'ont donc pas le droit d'administrer des médicaments dans un établissement de santé (ni l'ocytocine, ni le collyre, ni les vitamines...), il s'agirait d'un exercice illégal de la profession d'IDE (passible selon l'article L4314-4 du CSP de 2 ans d'emprisonnement et 30 000€ d'amende). Les articles R2324-16 à R2324-47 CSP font référence aux établissements d'accueil de la petite enfance et non aux établissements de santé, c'est pour cette raison que la sage-femme n'y est pas mentionnée.

F - Les Protocoles : outils de prescription pour la sage-femme ?

C. DRAN

La prescription est un acte médical qui ne peut pas être délégué : il est impossible pour une SF de prescrire un médicament en dehors des spécialités thérapeutiques prévues dans l'arrêté de février 2013⁵⁴. La prescription

"sous couvert du chef de service" ne protège absolument pas la SF en cas de dommage et sa responsabilité pourrait être engagée pour exercice illégal de la médecine. Le protocole ne fait pas exception à la règle :

⁵⁴Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires NOR: AFSH1303324A

- HAS, Organisation du circuit du médicament en établissement de santé ; fiche thématique ; OPC 9 manuel d'accréditation version 1 et n°36 version 2 ; juin 2005.

- Les bases de recommandations de bonne pratique ou de protocoles thérapeutiques validées et actualisées (<http://www.has-sante.fr> ; <http://afssaps.sante.fr>)

- E. Dufay, F.Locher, E.Schmitt, janvier 2008 ; le macroprocessus du circuit du médicament

- Référentiel de formation du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture Arrêté du 26/01/2006 modifié par <http://www.legifrance.gouv.fr/> Arrêté du 28 septembre 2011 - art. 2

- Code de la santé publique : R4311-4 CSP ; L4314-4 CSP ; R2324-16 à R2324



Les sages-femmes sont autorisées à renouveler la prescription médicamenteuse faite par un médecin⁵⁵

il doit être rédigé dans le respect des compétences professionnelles de chacun, donc respecter les textes législatifs et réglementaires, et n'autorise pas n'importe quel professionnel de santé à pratiquer n'importe quel acte. C'est un outil de référence et de communication dans les différentes situations de soins et le résultat d'une démarche rigoureuse, méthodique, et objectivable. Il se doit d'être en accord avec les recommandations pour la pratique clinique publiées par les sociétés savantes (CNGOF, ANSM, HAS, ...). Le protocole est élaboré en équipe composée des professionnels concernés par le sujet, validé et daté, avec mention d'une date de révision, et signé par le médecin ou le responsable de service. De plus, l'arrêté du 6 avril 2011 précise que la prescription de médicament est

rédigée après examen du patient hospitalisé⁵⁵, c'est donc le médecin, qui décidera, après avoir examiné la patiente, d'appliquer tel ou tel protocole.

Ce protocole doit être présent dans le dossier et nominatif (nom de la patiente et nom du médecin). C'est le cas des patientes séropositives pour lesquelles le protocole de prise en charge en salle de naissance est agrafé dans le dossier obstétrical. La seule possibilité pour une SF d'appliquer un protocole à une patiente sans avoir recours à l'avis du médecin, est celle prévu par l'arrêté du 4 février 2013 : "Par ailleurs, les sages-femmes sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin des médicaments suivants : Nicardipine, Nifédipine, selon les protocoles en vigueur préétablis."

⁵⁵ Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé NOR: ETSH1109848A

G - Pharmacovigilance

F. Bavoux, C. Pertriaux

1. Présentation et objectifs du dispositif

La pharmacovigilance est une "Discipline ayant pour objet la détection, l'évaluation et la prévention des effets indésirables des médicaments" (Dictionnaire de pharmaco-épidémiologie, B. BEGAUD). En France, le système national est centralisé au niveau de l'Agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM), qui coordonne l'action des différents intervenants :

- Professionnels de santé : médecins, sages-femmes, infirmières, dentistes, pharmaciens.
- 31 Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV), répartis sur le territoire national, dont 6 en ile de France. La liste et les coordonnées des CRPV et leur territoire géographique d'intervention est disponible sur le site internet de l'ANSM : [http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacovigilance/Centres-regionaux-de-pharmacovigilance/\(offset\)/4](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacovigilance/Centres-regionaux-de-pharmacovigilance/(offset)/4)
- Industriels

2. Que déclarer et pourquoi appeler un CRPV ou le CRAT ?

A. Déclaration d'un effet indésirable (EI) ou d'une erreur médicamenteuse (EM) : notification spontanée au CRPV

EI : réaction nocive et non voulue à un médicament, survenant aux posologies normalement utilisées
EM : tout événement iatrogène médicamenteux évitable, potentiel ou avéré, résultant d'un dysfonctionnement non intentionnel dans l'organisation de la prise en charge du patient.

Priorité de déclaration pour les EI graves et inattendus concernant :

- La mère : mère traitée pendant la grossesse
- Le nouveau-né/nourrisson/enfant : mère traitée pendant la grossesse ou l'allaitement
- Le nouveau-né/nourrisson/enfant : nouveau-né/nourrisson/enfant, traités

Une fiche CERFA pour la déclaration d'EI ou d'EM destinée au CRPV est disponible sur le site de l'ANSM : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_10011.do
La notification doit être la plus complète possible (tous les items de la fiche CERFA remplis, description détaillée d l'EI /EM dans les commentaires) afin de mettre l'accent sur les risques majeurs, affiner l'information en détectant des facteurs de risque parfois méconnus.

Cas isolés > Signal > Alerte > Retour d'information et, si nécessaire, modification du RCP (résumé des caractéristiques du produit), lettre d'information aux prescripteurs...

Toute notification est pertinente, vous n'avez pas besoin d'être sur(e) d'une relation événement - médicament, pour déclarer un EI. Le CRPV se chargera de l'analyse et vous tiendra informé(e).

B. Demande d'information sur une prescription au cours de la grossesse ou de l'allaitement - CRAT et/ou CRPV

Différentes situations :

- Grossesse et nécessité de prescription :
Ne pas tarder*
 - Traitement et grossesse non connue :
Ne pas céder à l'angoisse*
 - Traitement chronique et désir de grossesse :
Prendre du temps pour réfléchir*
 - Désir d'allaiter : Pendant la grossesse, prendre du temps pour discuter*
 - Femme allaitante et nécessité de traitement :
Ne pas tarder*
- * Pour toute situation, se poser et s'informer, travailler en équipe.

Le CRPV évaluera en collaboration avec l'ensemble des professionnels de santé, le rapport bénéfice/risque du ou des traitements maternels. Les informations données doivent être les plus complètes possibles.

À NOTER

Une déclaration peut se faire initialement par téléphone ou par mail et se compléter plus tard : choisir le plus efficace dans votre situation.

EN BREF

N'utiliser que des médicaments dont l'efficacité est bien démontrée et se poser la question du bénéfice "mère" tout en connaissant les risques selon la période de grossesse.

Ne pas sous-traiter une femme enceinte et éviter les arrêts de traitement ou le recours à l'automédication. Enfin, toujours solliciter un avis en cas de doute.

OUTILS GÉNÉRAUX

• VIDAL

Langue française, accessible informatique et format papier, pour cabinets libéraux ou établissement hospitalier.

Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) des médicaments commercialisés en France par les laboratoires pharmaceutiques. Cependant un laboratoire peut ne pas communiquer le RCP (ex certains collyres, médicaments d'anesthésie,...), toutes les spécialités ne sont donc pas référencées dans le Vidal.

Informations complémentaires

Classification par :

- Dénomination Commune internationale (liserés bleus)
- Famille pharmacothérapeutique (liserés jaunes)
- Liste des génériques et médicaments bio similaires (liserés rouges) - les génériques ne figurent pas dans l'index général
- Dispositifs médicaux et parapharmacie (section saumon)
- Laboratoires pharmaceutiques avec leur liste de médicaments (section verte)

Limites

- Informations médico-légales de l'industrie pharmaceutique.
- Pour la grossesse, l'allaitement et la pédiatrie = incomplet par rapport aux données internationales, pas d'actualisation rapide des conclusions des groupes de travail "Grossesse" et "Pédiatrie" de l'ANSM.

H - Les outils d'aide à la prescription I. GEILER, F. BAVOUX, C. PECRIAUX.

Nécessité absolue de croiser les informations avec une autre source.

• VIDAL Recos

(mises à jour annuelles)
Langue française, travail collaboratif avec divers spécialistes cliniciens pharmaciens et pharmaciens

Synthèses des recommandations thérapeutiques françaises (Haute autorité de Santé (HAS), ANSM et sociétés savantes), stratégies thérapeutiques et arbres décisionnels. Graduation des informations en fonction de leur niveau de preuve

Limites : Nombreuses pathologies abordées mais certaines informations n'ont pas d'intérêt pour les consultations de sages-femmes.

• ANSM

Site internet en langue française : <http://ansm.sante.fr/>

Informations très récentes sur les médicaments, leurs risques, les difficultés d'approvisionnement de certaines molécules... Lettres d'information aux professionnels de santé, alertes, répertoire des médicaments, pharmacovigilance européenne...

• DOROSZ 2014

Langue française

Format de poche (facile à transporter), descriptif des médicaments commercialisés en France, schémas thérapeutiques, conduites à tenir en cas d'urgence.

Chapitre spécial sur les recommandations pour les patients à risque et informations sur l'iatrogénie.

• THERIAQUE :

Site internet en langue française : www.theriaque.org

Certifié en partenariat avec l'HAS, information sur le médicament indépendante de l'industrie pharmaceutique, source d'informations réglementaires officielles. Mise à jour quotidienne.

Intérêts : nombreuses informations diverses sur les médicaments (actualités, alertes ANSM, recommandations ANSM, HAS...), permet également d'analyser une prescription en fonction du profil du patient (âge, sexe, allergies, insuffisance rénale/hépatique) et de faire une recherche d'interactions médicamenteuses.

• PRECIS DE PHARMACOLOGIE du fondamental à la clinique.

Sous la direction de P. Beaulieu et Ch. Lambert - Université de Montréal - Collection "Médecine" avril 2010

Principes fondamentaux de pharmacologie et applications cliniques : 100 collaborateurs. À consulter en bibliothèque.

OUTILS SPÉCIFIQUES GROSSESSE ET ALLAITEMENT

• CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) :

- Situé à l'Hôpital Amand Trousseau Paris Cedex 12
- Organisme de référence, public, non financé par l'industrie pharmaceutique
- Site internet www.lecrat.org et tél 01 43 41 26 22 pour les urgences et pour le "cas par cas" (Grossesse et psychotropes, HTA, médicaments récents, polythérapie, biothérapies...)
- Site internet : Informations précises sur l'état actuel des connaissances concernant l'usage des médicaments chez la femme enceinte (et pour certaines molécules chez la femme qui allaite). Mise à jour régulière.
- Possibilité d'interrogation par DCI, par spécialité, par classe de médicaments, par pathologies. Description d'une conduite à tenir, hiérarchisation des différents choix possibles de traitements, mise à disposition de fiches de synthèse imprimables.
- Informations sur les expositions paternelles, expositions aux vaccins et à des examens d'imagerie.

• LACTMED

Partie "allaitement et médicament" d'une large base de donnée américaine (Toxnet) - <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>

- Base en anglais, originaire d'Amérique du nord, gratuite

- Classification par DCI, par ordre alphabétique
- Informations sur le passage du médicament dans le lait et chez le nourrisson en cas d'allaitement, sur d'éventuels effets indésirables
- Donne des références bibliographiques

Medications and Mothers' Milk-Hale TW (pédiatre) Hale publishing

- Livre en langue anglaise avec mise à jour annuelle, payant
- Axé sur médicament et allaitement
- Classification par DCI, par ordre alphabétique
- Chaque molécule est accompagnée d'une lettre allant de L1 à L5 (L1 : compatible avec l'allaitement, L5 : incompatible avec l'allaitement)
- Donne des références bibliographiques
- Adapté aux utilisateurs expérimentés.

À NOTER : Ces deux dernières références abordent les médicaments "1 par 1". Il n'y a pas d'information pour le choix en pratique contrairement au site du CRAT qui fournit une synthèse globale avec hiérarchie des différents choix possibles. De plus, seuls les médicaments commercialisés en Amérique du Nord sont listés et la législation n'est pas la même qu'en France. En cas de doute : discussion avec pédiatre et si besoin CRPV/CRAT.

PROBLÉMATIQUES ACTUELLES DES SAGES-FEMMES LIÉES AUX PRESCRIPTIONS

A - Identification

P. LUCIDARME, C. DUPOND, C. DRAN.

1. Auprès des sages-femmes

Dans la perspective de ce dossier, le CNSF a réalisé un appel à témoignages auprès des SF présentes au congrès de février 2014, via un questionnaire en cinq points :

1. Type d'exercice
2. Difficultés ou non pour prescrire ?
Si difficultés, lesquelles ? Et pour quel type de prescription : médicaments, actes, examens, arrêt de travail ?
3. Résolution: comment ? Quels outils utilisés ?
4. Quels besoins ? Appel à propositions.
5. Expression libre

80 sages-femmes, de tous modes d'exercice y ont répondu, voici la synthèse de leurs réponses :

Jamais de difficultés : 6 (tous en secteur public)

Parfois : 66 (dont 40 en secteur public, 6 en privé, 13 en libéral, 7 en PMI)

Souvent : 8 (dont 5 en secteur public, 1 en privé et 2 en libéral)

Quelles difficultés ?

- Les éléments de prescription leur posant problème concernant tous les domaines, médicaments, actes, examens, et documents administratifs débordant le seul arrêt de travail.
- Les textes de référence comportent des paradoxes, qui nécessitent recherche et croisements pour "s'y retrouver". Les SF ont une forte demande de clarification sur certains textes.
- La culture de recours aux outils d'aide à la prescription reste faible, mais la demande d'outils est exprimée.
- L'exercice hospitalier des SF, public ou privé, crée un véritable "brouillage" dans leurs prescriptions du fait des conditions de travail, des pratiques de service dont les protocoles, et des relations interprofessionnelles.
- Les SF sont conscientes des risques induits

par ces conditions d'exercice à l'hôpital.

- En exercice libéral les SF se heurtent encore à la méconnaissance de certains pharmaciens quant à leur droit de prescription ; plus isolées, elles ont plus facilement recours aux outils disponibles.

Suite à ces témoignages, nous avons d'abord vérifié les textes.

2 - Dans les textes de référence

Très encadré par la loi (article L4151-4 du CSP) et le règlement (articles R4127-311 à R4127-314, article R4127-334, arrêtés du 12 octobre 2011 et du 04 février 2013), le droit de prescription de la sage-femme semble clair, pourtant des paradoxes existent bien. Trois exemples :

• La liste des dispositifs médicaux

que peut prescrire une SF, précisée dans l'arrêté du 12 octobre 2011, n'en compte que 10, et la SF ne peut prescrire QUE ces dispositifs et uniquement ceux-ci.

Il ne semble pas y avoir de difficultés pour ce type de prescription. Pourtant, une phrase du préambule de cet arrêté précise : "A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, les SF sont autorisées, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire à leurs patients les dispositifs médicaux suivants ...".

Cela implique que lorsque la SF souhaite utiliser un dispositif médical lors d'une consultation, elle doit le commander pour elle-même (prescription pour son usage professionnel) et non le prescrire au nom de sa patiente. Cela ne pose pas de problème particulier pour l'essentiel des dispositifs médicaux présents sur la liste... mais la SF qui pratique la rééducation périnéale ne pourrait donc pas prescrire à chacune

de ses patientes une sonde ou une électrode cutanée périnéale individuelle? Cf tome 2 Chapitre III - Actes médico techniques/ La rééducation pelvi périnéale.

• **Concernant la prescription des examens complémentaires**, il n'existe plus de liste depuis 2004. Le critère retenu est le caractère strictement nécessaire à l'exercice de la profession. Le champ d'exercice de la SF est délimité par la loi, clairement défini dans les articles L 4151-1 à L 4151-3 CSP, et des dispositions réglementaires précisent les modalités d'exercice comme l'article R 4127-318 CSP. Là encore il ne semble pas y avoir de difficultés, et pourtant... Une SF peut prescrire une bilirubinémie à un nouveau-né présentant une coloration jaune puisque l'article R4127-318 du CSP précise : "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 le nouveau-né..." Mais s'il s'avère que ce nouveau-né présente un ictère, alors la SF ne peut pas lui prescrire une bilirubinémie puisque l'article L 4151-3 du CSP lui impose d'appeler le médecin en cas de pathologie. De plus, même si le médecin a prescrit la bilirubinémie, la SF ne peut pas effectuer ce prélèvement. En effet, l'article R 4127-3 du CSP énonce que "la sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou foetale identifiée", mais ne cite pas le nouveau-né. Cela revient à dire que la SF peut effectuer le dépistage de l'ictère, mais ensuite l'enfant présentant une pathologie ne peut être pris en charge que par un médecin (prescriptions) et une infirmière puéricultrice (réalisation des prélèvements biologiques, mise en place et surveillance de la photothérapie...) Dans les services de maternité où il n'y a pas de puéricultrice il faudrait alors transférer l'enfant dans un autre service ou établissement... ?

• **S'agissant des médicaments**, la liste de classes thérapeutiques qui peuvent être prescrites par une SF est énoncée dans l'arrêté du 04 février 2013. La SF est libre dans ses prescriptions de médicaments issus de cette liste, mais limitée par le respect de l'AMM de chaque médicament. Là encore il semble que le législateur ait tout prévu, la SF peut prescrire uniquement les médicaments issus d'une liste précise de classes thérapeutiques tout en respectant les indications de l'AMM.

Pourtant quelques questions se posent... et aucun texte législatif ou réglementaire n'apporte de solution.

Ainsi, il est écrit dans cet arrêté que les SF sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin pour la Nicardipine, "selon les protocoles en vigueur préétablis". Or, au plan juridique un protocole n'existe pas puisque chaque prescription est individuelle et doit être réalisée après avoir examiné le patient. Dans la mesure où la prescription de Nicardipine est réalisée pour traiter une menace d'accouchement prématuré (indication hors AMM) suivant le protocole du service, la SF peut-elle renouveler cette prescription ?

Finalement, l'étendue du droit de prescription des SF pose encore question et peut être source de doutes, nécessitant de se plonger dans plusieurs textes de lois, décrets ou arrêtés, souvent insérés dans des codes différents pour éclairer la solution.

3. Le rôle des autorités de santé

Selon les articles R.4127-325 et R.4127-326 du CSP, la SF s'engage à assurer aux patientes et aux nouveau-nés des soins conformes aux données scientifiques du moment, et doit toujours élaborer son diagnostic en s'aidant des méthodes les plus appropriées et en s'entourant des concours les plus éclairés. Les autorités de santé interviennent effectivement en faveur de cette exigence pour la plus grande sécurité des patients :

- la HAS par ses recommandations (RPC) que les SF doivent intégrer à leurs pratiques
- l'ANSM par son avis obligatoire sur les évolutions du code de déontologie proposées par le CNOSEF, par ses alertes de vigilance sur certaines prescriptions et pratiques, et par l'attribution des AMM.

B - Les fautes de prescription et leurs conséquences

C. DRAN, C. DUPOND

1. Conséquences des fautes de prescription

L'article L 1142-1 du CSP issu de la loi du 04 mars 2002 a reposé le principe de la nécessité d'une faute pour engager la responsabilité d'un professionnel de santé. Ainsi la SF qui commet une faute lors de la réalisation d'une prescription peut voir sa responsabilité engagée :

• **Devant les juridictions pénales**

pour maladresse, inattention, imprudence ou négligence, de plus la prescription d'un médicament hors AMM peut être considérée comme un manquement à une obligation de sécurité ou de prudence. La responsabilité pénale est personnelle, elle peut donc concerner les SF fonctionnaires, salariées du secteur privé, ou libérales.

• **Devant les juridictions civiles ou administratives :**

la faute correspond à un comportement inapproprié que n'aurait pas adopté une SF normalement diligente et compétente placée dans la même situation. La responsabilité indemnitaire va s'appliquer différemment suivant le statut de la SF, qui peut dépendre d'un établissement public, privé ou exercer en libéral.

- Si la SF qui dispose du statut de la fonction publique commet une faute, la responsabilité de l'administration est d'emblée recherchée, et la réparation financière du préjudice incombe à cette administration.

En effet, la SF est un agent public dont les actes engagent la responsabilité de l'administration hospitalière ou territoriale qui l'emploie.

- La SF salariée d'un établissement privé est protégée par l'article 1384 du Code Civil qui énonce la responsabilité du commettant du fait de son préposé. L'arrêt Costedoat du 25 février 2000 était venu réaffirmer ce grand principe de l'immunité du préposé en énonçant que "le salarié qui agit sans excéder les limites de la mission impartie par son employeur n'engage pas sa responsabilité civile à l'égard des tiers". Cependant par un arrêt du 13 novembre 2002 la Cour de Cassation avait refusé d'étendre cette protection au médecin salarié, et par analogie à la SF, en raison de son "indépendance professionnelle intangible". Il faudra attendre deux arrêts du 9 novembre 2004, dont un concernant une SF pour venir consacrer l'immunité du préposé même en cas d'indépendance professionnelle. La Cour de cassation, opérant un notable revirement, a alors jugé que "la sage-femme salariée qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui est impartie par l'établissement de santé privé, n'engage pas sa responsabilité à l'égard de la patiente". Ainsi, la SF n'aura pas à supporter le poids de l'indemnisation financière.
- La SF libérale exerce en toute indépendance, à ce titre elle est responsable de ses actes personnellement.



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..."

La responsabilité civile de la SF libérale lui fait courir un risque de sanction financière qui lui impose de souscrire un contrat d'assurance de Responsabilité Civile Professionnelle (RCP). Cette assurance RCP est devenue obligatoire avec la loi du 04 mars 2002 et a été insérée à l'article L1142-2 du code de la Santé Publique.

- **Devant les juridictions disciplinaires ordinaires**, lorsque le comportement adopté est contraire aux principes édictés par le code de déontologie (faire courir un risque injustifié à la patiente ou à son enfant, prescriptions qui dépassent les compétences ou hors AMM). Toute SF peut voir sa responsabilité disciplinaire engagée dès lors que son comportement dans la vie professionnelle ou privée est contraire à l'éthique et aux principes édictés par le code de déontologie.
- **Devant son employeur** lequel peut prendre des mesures disciplinaires à la suite d'agissements de la SF salariée qu'il considère comme fautifs. **Cas particulier des étudiants sages-femmes** : l'étudiant SF n'est pas un professionnel de santé diplômé, il ne fait donc pas partie des personnes habilitées à prescrire, sauf pour l'étudiant qui a été autorisé à exercer la profession de SF en tant que remplaçant (article L4151-6 CSP, modifié par décret n° 2014-1067 du 19 septembre 2014 relatif à l'exercice de la profession de SF par les étudiants - JO du 21-9-14)

2. Fréquence

Nous avons interrogé les assureurs et les chambres disciplinaires ordinaires, quant à la fréquence des procédures pénales et/ou disciplinaires à l'encontre des SF, suite à une ou des fautes de prescription.

- **Les assureurs** soulignent la diminution notable des mises en cause des SF au pénal, mais estiment ne pas pouvoir cerner une fréquence de plaintes strictement liées à une faute de prescription seule, (erreur de médicament p.ex). Les fautes portent plutôt sur des décisions médicales, et/ou des pratiques du professionnel, liées ou non à prescription, donc plurifactorielles. Comme dans les autres professions médicales, il semble difficile d'isoler la prescription seule de son objet et/ou de sa mise en application.
- **Les chambres disciplinaires ordinaires** statuent sur des plaintes liées à des fautes déontologiques, et on retrouve les mêmes constats et nuances.

Au final, il est heureusement assez rare, qu'une SF se trompe de produit, ou prescrive un examen aberrant par rapport à une situation. Les fautes lorsqu'elles existent, tiennent plutôt à la décision médicale, à sa pertinence et sa teneur, et/ou à sa mise en œuvre, qu'à une prescription seule.

PRESCRIPTIONS ET EXERCICE PROFESSIONNEL

A. PÉRINATALITÉ - LES PRESCRIPTIONS AUX FEMMES

A1 - LES MÉDICAMENTS

A1-1. PRINCIPES CONDITIONNANT LE CHOIX DES MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS À LA FEMME

Au cours de la grossesse, du travail et du post partum - B. BAILLEUX

Comme tout professionnel médical, la SF est soumise dans son champ de compétences spécifique aux règles de prescription communes, validées et/ou ayant fait l'objet de recommandations des autorités de santé. En ce qui concerne l'association "Médicaments et grossesse" l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) recommande :

- **De se référer à cinq niveaux d'utilisation** établis à partir des données de l'expérimentation animale, de l'observation clinique et du recul d'administration dans le temps, en termes de risque tératogène ou de toxicité foetale ou néonatale possible. Ces cinq niveaux d'utilisation pendant la grossesse classent les différents médicaments comme **contre indiqués, déconseillés, à éviter par prudence, possibles, envisageables**. [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-et-grossesse/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-et-grossesse/(offset)/0)
Ainsi, pendant la grossesse et dans la mesure du possible, il est fortement recommandé de n'utiliser que les médicaments classés comme **possibles ou envisageables** et pour lesquels nous avons suffisamment de recul et de connaissances quant à l'absence d'effets notables sur l'embryon, le fœtus et le nouveau-né.
- **D'analyser le bénéfice attendu au regard du risque**, d'éviter les "prescriptions par habitude", et éviter les médicaments qui n'auraient pas fait la preuve de leur efficacité.

En cas de doute ou de prescription d'une molécule nouvelle, il est toujours possible d'interroger le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT Hôpital A.Trousseau 75012 PARIS tel/fax 0143 41 26 22 www.lecrat.org)

Les règles de prescription doivent être connues et rappelées :

1. L'ordonnance est nominative, datée et signée lisiblement par le prescripteur identifié
2. À l'hôpital, les prescriptions selon protocoles de service, doivent l'être à partir de documents validés, écrits, datés et signés par le médecin ou le responsable de service.
3. Les renouvellements d'ordonnances établies par un médecin, hospitalier ou de ville, doivent faire l'objet d'une réflexion et d'une analyse sur la pertinence de ce renouvellement. Cette démarche vaut pour tout renouvellement, y compris pour les prescriptions selon protocole de service.
4. Enfin le recueil du consentement éclairé de la patiente est indispensable après l'avoir informée des bénéfices et risques courants du médicament proposé.

Au cours de l'allaitement G. GREMMO-FEGER

De nombreuses mères qui allaitent ou souhaitent allaiter et doivent prendre des médicaments se voient souvent conseiller de ne pas allaiter ou bien d'arrêter d'allaiter^{1,2}. Beaucoup de restrictions sont données par excès de précaution et méconnaissance des risques réels pour l'enfant. Il n'y a pourtant que très peu de médicaments qui présentent des risques cliniquement significatifs pour les nourrissons allaités.



L'enfant ne reçoit pas les médicaments que sa mère prend"

En cas de prescription pendant l'allaitement il est nécessaire d'évaluer individuellement la balance bénéfiques de l'allaitement, risques de l'exposition au médicament via le lait maternel, en tenant compte de la quantité de médicament excrétée dans le lait et également des caractéristiques de l'enfant (âge gestationnel et âge post-natal, pathologie éventuelle) de l'allaitement (exclusif ou partiel) et des possibilités de surveillance notamment en cas de traitement prolongé et/ou de substances ayant un effet sédatif. Comprendre les quelques principes de pharmacocinétique appliquée au passage des médicaments dans le lait et savoir où trouver des informations factuelles et régulièrement mises à jour permet au professionnel de santé rigoureux et avisé de dispenser sans a priori des renseignements pertinents et de soutenir la démarche d'allaitement souhaitée par la mère.

Données pharmacocinetiques et exposition de l'enfant

Même si la plupart des médicaments passent dans le lait, leurs concentrations y sont généralement très faibles et les quantités reçues par l'enfant souvent infra cliniques¹. L'enfant "ne reçoit pas ce que sa mère prend". En effet le médicament pris par la mère qui allaite est dilué dans tout son organisme ainsi que dans son plasma. De plus, pour la plupart des médicaments, seule une fraction du médicament présent dans le plasma sera excrétée dans le lait¹. Le médicament qui se trouve dans la circulation sanguine doit traverser les membranes biologiques pour atteindre les alvéoles de stockage du lait. Les médicaments pénètrent dans le lait essentiellement par un mécanisme de diffusion passive bidirectionnelle qui dépend du gradient de concentration entre les compartiments lacté et sanguin. Le taux plasmatique d'un médicament est donc un déterminant très important de son passage lacté. La biodisponibilité, le volume de distribution, la demi-vie, l'existence de métabolites actifs, la dose et la durée du traitement ainsi

que le métabolisme hépatique et rénal de la mère influencent la concentration plasmatique maternelle du médicament et donc sa concentration dans le lait^{1,2}.

De nombreux facteurs influencent le passage d'un médicament dans le lait à partir du compartiment maternel.

- La liposolubilité : plus une substance est liposoluble, plus elle passe facilement dans le lait ; les médicaments actifs au niveau du système nerveux central ont généralement une structure physico-chimique qui les rend très liposolubles.
- La liaison aux protéines plasmatiques : les médicaments fortement liés aux protéines (>80%) ont un très faible passage lacté.
- Le poids moléculaire (PM) : quand il est très faible (<200 daltons) il y a un passage par diffusion directe par l'espace intercellulaire; par contre les substances dont le PM est > 800-1000 daltons passent plus difficilement dans le lait; pour les substances dont le PM est très élevé (25000 à 200 000) il n'y a pratiquement pas de passage lacté (insuline, interféron, immunoglobulines, héparine y compris héparine de bas PM)¹.

Le médicament idéal pendant l'allaitement est hydrosoluble, fortement lié aux protéines plasmatiques, faiblement absorbé par voie orale; il a une faible concentration plasmatique, un PM important, une demi-vie courte et pas de métabolites actifs, il est utilisable en pédiatrie et a peu d'effets secondaires.

Source d'informations

Les données fournies par le dictionnaire Vidal[®] et l'industrie pharmaceutique ne doivent pas être la seule source d'information des prescripteurs. Elles sont souvent tellement restrictives qu'elles augmentent considérablement la perception du risque. Les centres régionaux de pharmacovigilance et en particulier celui de LYON, ainsi que les lactariums peuvent être interrogés directement par téléphone.

¹ Gremmo-Féger, G, Dobrzynski M, Collet M. Allaitement maternel et médicaments. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32:466-75.

² Sachs HC and the American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. Pediatrics 2013;132:e796-e809.

³ Hale TW. Medications and mothers' milk, 16th edition. Pharmasoft publishing 2014.

⁴ Centre de référence sur les agents tératogènes. <http://www.lecrat.org>

⁵ Drugs and Lactation Database (LactMed). States National Library of Medicine. TOXNET. <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>.

L'ouvrage de référence est le "Medications and Mother's milk" du Dr HALE³ ; très facile à utiliser en pratique clinique, complet et régulièrement mis à jour, il propose une classification en cinq catégories selon le niveau de risque associé à la lactation allant de risque de L1 (le plus sûr) à L5 (contre-indiqué) pour chacune des spécialités présentées. Des bases documentaires spécialisées sont accessibles gratuitement en ligne. Le site du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) est pratique et facile à utiliser. Cependant ce site est surtout axé sur la grossesse ; pour la rubrique allaitement les données sont souvent succinctes et insuffisamment factuelles⁴. Le site de référence est "LACTMED", base de données exhaustive régulièrement mise à jour qui présente pour chaque substance référencée, une recommandation synthétique suivie de toutes les données publiées et mises à jour⁵. LACTMED existe également en application gratuite pour smartphone.

VIGNETTE CLINIQUE A Une patiente allaitant depuis 9 jours son enfant né à 38 semaines doit subir un angioscanner pulmonaire avec injection d'Ioméron. On lui recommande de ne pas allaiter pendant 24 heures. Est-ce justifié ?

Non. Les examens radiographiques habituels ne nécessitent pas d'interruption de l'allaitement, même si un produit de contraste est utilisé. Les produits de contraste iodés ne passent quasiment pas dans le lait. La situation est la même pour l'imagerie par résonance magnétique qui utilise le sel de gadolinium dont le passage lacté est insignifiant (0,04%). Par ailleurs, moins de 2% de la quantité présente dans le lait est absorbée par l'enfant. L'allaitement peut donc être poursuivi sans restriction^{2,5}.

VIGNETTE CLINIQUE B Une patiente qui allaite depuis 6 semaines doit subir une coelioscopie sous anesthésie générale. Elle souhaite poursuivre son allaitement mais on lui demande d'attendre au moins 48 heures avant de reprendre l'allaitement. Est-ce justifié ?

Non. Les substances utilisées pour une AG ont généralement une demi-vie très courte et sont éliminées rapidement. Par ailleurs leur biodisponibilité par voie orale est faible. C'est le cas entre autres du Propofol, Midazolam, Etomidate, Thiopenthal, Fentanyl ou Remifentanyl. L'allaitement peut donc être repris dès que la mère est en état de le faire et ceci concerne également la situation de la césarienne sous AG⁵.

A1-2. LES PRESCRIPTIONS COURANTES

1. Antiacides gastriques d'action locale et pansements gastro intestinaux
F. LOEUILLET

- **Antiacides locaux** : hydroxyde aluminium + hydroxyde magnésium (Rocgel®, Gelox®, Xolaam®, Maalox®) Phosphate aluminium (Phosphalugel®) (liste des spécialités non exhaustive)
 - **Mode action** : diminue le degré d'acidité de la sécrétion gastrique
 - **Indication** : traitement symptomatique d'appoint des douleurs des affections oeso-gastroduodénales
 - **Effets indésirables** :
 - aluminium → possibilité d'encéphalopathies aluminiques si usage prolongé chez les insuffisants rénaux
 - **À prendre à distance des autres thérapeutiques** : minimum 2 heures (diminution de l'absorption des autres thérapeutiques)

• Pansements gastro-intestinaux :

- Alginates (Gaviscon®, Topaal®), silicates (Smecta®), silicone (Polysilane®) (liste des spécialités non exhaustive)
- Mode action : alginates forment un surageant à la surface du contenu gastrique = barrière physique, les silicates et silicone adsorbent l'eau et ont un effet de pansement digestif en tapissant la muqueuse digestive
- Indication commune : traitement symptomatique des états dyspeptiques
- Effets indésirables : troubles digestifs et diarrhées (silicone), constipation (alginates, silicates)
- Grossesse et allaitement possible pour Gaviscon®, Topaal®, Smecta®, Polysilane® (RCP)
- A prendre à distance des autres thérapeutiques : minimum 2 heures (diminution de l'absorption des autres thérapeutiques)

2. Les antisécrétoires gastriques F. LOEUILLET

• Les IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons (Oméprazole en priorité)

- Mode d'action : inhibe la pompe H⁺, K⁺ ATPase des cellules pariétales gastriques > Diminution de l'acidité gastrique
- L'Oméprazole est utilisable tout au long de la grossesse et pendant l'allaitement (CRAT maj. 10/07/2013)
- Indications : Eradication d'Helicobacter pylori, traitement de l'ulcère gastroduodénal (UGD) évolutif et traitement d'entretien de l'UGD, prévention chez les patients à risque (plus de 65 ans, antécédent d'ulcère, association à un AAP ou anticoagulant), traitement des lésions induites par les AINS, traitement symptomatique du RGO, syndrome de Zollinger-Ellison, traitement et traitement d'entretien de l'œsophagite par reflux.
- Contre-indications : hypersensibilité, administration concomitante de Nelfinavir.
- Prise conseillée le soir.

• Les antihistaminiques H2 (Ranitidine, Famotidine)

- Mode d'action : antagoniste des récepteurs H₂ = diminution de la sécrétion acide
- Utilisable pendant la grossesse et l'allaitement (CRAT maj.20/01/2013)
- Indications : Ulcère gastrique ou duodénal évolutif, œsophagite par reflux gastroœsophagien, traitement d'entretien de l'ulcère duodénal, syndrome de Zollinger-Ellison
- Contre-indications : hypersensibilité, phénylcétonurie
- Prise conseillée le soir

3. Les antiémétiques : dompéridone, metopimazine, metoclopramide F. LOEUILLET

- Mode d'action : antagoniste dopaminergique se liant aux récepteurs dopaminergiques de l'area postrema (+ metoclopramide : augmente la vitesse de la vidange gastrique)
- Effets indésirables : syndrome extrapyramidal, dyskinésie tardive, sédation, somnolence sauf pour dompéridone
- Que dit le CRAT ? (maj. 6 janvier 2014)
 - Utilisation de doxylamine DONORMYL HORS AMM ou méclopramide
 - Sinon Ondansétron HORS AMM quel que soit le terme de la grossesse
 - Allaitement : Dompéridone ou Metoclopramide
 - DOMPERIDONE : Actualité septembre 2014- Nouvelles recommandations de l'ANSM suite à une réévaluation du rapport bénéfices-risques des médicaments contenant de la dompéridone. A consulter sur le site de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>

4. Utilisation des Tocolytiques hors AMM J.M. TRIVIER

CSP Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les SF et portant abrogation de dispositions

réglementaires. Annexe 1 : Liste des classes thérapeutiques ou médicaments autorisés aux SF pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des femmes

II : Les SF sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin des médicaments suivants : Nicardipine et Nifédipine, selon les protocoles en vigueur préétablis.

En septembre 2013, le Comité Européen pour l'Evaluation des Risques en Pharmacovigilance (PRAC) a réévalué défavorablement le rapport bénéfice/risque des béta-2-mimétiques indiqués dans la menace d'accouchement prématuré (MAP) du fait de l'absence d'efficacité démontrée et du risque d'effets indésirables cardiovasculaires (ischémie myocardique, troubles du rythme cardiaque)¹.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou AINS (inhibiteurs de la synthèse des prostaglandines) dont l'efficacité semble être la plus grande pour retarder la naissance d'au moins 48 heures dans une méta-analyse récente², ne sont plus utilisés et même contre-indiqués en France dès le 6^e mois de grossesse du fait du risque de fermeture prématurée du canal artériel et des conséquences ultérieures³.

D'autres traitements testés dans la prise en charge de la MAP ne sont pas recommandés actuellement : progestérone, sulfate de magnésium, dérivés nitrés, antispasmodiques... par insuffisance de données montrant un réel bénéfice par rapport aux risques de ces traitements⁴.

Une alternative aux antagonistes onéreux de l'ocytocine (Atosiban – TRACTOCILE®), consiste à utiliser certaines classes thérapeutiques hors AMM dont l'indication en tant que tocolytique a été validée tant par l'usage ("off-label") que sur le plan économique. Il s'agit notamment des antagonistes calciques de la famille des Dihydropyridines dont il convient de bien préciser les précautions d'emploi et les contre-indications particulières.

Avant leur utilisation, les patientes doivent être obligatoirement informées du cadre

hors AMM ainsi que des risques potentiellement encourus. Dans cette famille des Dihydropyridines, les médicaments les plus étudiés en obstétrique sont la Nifédipine par voie orale (ADALATE®) et la Nicardipine par voie injectable (LOXEN®). Ce sont des inhibiteurs des canaux calciques de type II qui ont un effet relaxant sur les cellules musculaires lisses myométriales. Ils diminuent le tonus de base, ainsi que la fréquence et l'amplitude des contractions⁵. Les chutes de tension et les céphalées sont les principaux effets secondaires rencontrés avec les Dihydropyridines. La mise en route du traitement doit se faire obligatoirement en milieu hospitalier.

En cas d'utilisation intraveineuse de LOXEN® chez les patientes à risques (grossesses multiples et association aux corticoïdes ou aux béta-2 mimétiques), il faudra se méfier des surcharges volémiques pouvant entraîner un œdème aigu du poumon (OAP)⁶. Il est à noter que cet effet a été rapporté mais plus rarement avec l'ADALATE® per os en association avec des corticoïdes et une rétention hydrosodée⁷.

Les contre-indications particulières des Dihydropyridines sont⁸ :

- La pathologie cardiaque y compris les troubles du rythme.
- L'hypotension artérielle.
- L'œdème aigu du poumon.
- La grossesse multiple (CI relative).
- Le retard de croissance intra-utérin (< 5. Percentile).
- L'association au sulfate de magnésium (CI relative).

5. Les antiinfectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo vaginites

Cf. contenu de l'intervention du 10 juin 2014 (Journée du CNSF) du Pr. R. QUENTIN, gynécologue et microbiologiste sur le thème "Prescrire, interpréter, traiter... un ECBU, un prélèvement vaginal chez la femme enceinte", site : www.cnsf.asso.fr Accueil/Publications.

¹ANSM. Béta-2 mimétiques d'action courte : restriction de l'utilisation de ces médicaments en obstétrique - Point d'information. 03 Décembre 2013

²Haas DM et coll. Tocolytic therapy for preterm delivery: systematic review and network meta-analysis. BMJ (Clinical Research ed. 2012 ; 345 : e6226)

³ANSM. Rappel : pas d'AINS dès le 6^e mois de grossesse. 27 février 2009

⁴Carbonne B. et Tsatsaris V. Menace d'accouchement prématuré : quels tocolytiques utiliser ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2002 ; 31 (SUP 7) : 96-104

⁵Carbonne B. et Tsatsaris V. La tocolyse par les inhibiteurs calciques. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 ; 30 (3) : 246

⁶ANSM. Alerte du PRAC sur la survenue d'OAP avec le LOXEN oral et injectable. 10 septembre 2013

⁷Nassar AH. et coll. Nifedipine-associated pulmonary complications in pregnancy. Int J Gyn Obst 2007 ; 97 : 148-9

⁸Höslil I. et coll. La tocolyse dans les menaces d'accouchement prématuré. Avis d'expert n°41 Commission Assurance Qualité (Prof Daniel SURBEK). Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique. 31 juillet 2013

6. Les antibiotiques - B. BAILLEUX

6-1. En prévention des infections materno fœtales au cours du travail

Deux textes font référence : CNGOF-1997 : Infections cervico-vaginales et grossesse. ANAES-09/2001 : Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce.

• Circonstances et indications de recherche bactériologique

Par prélèvement vaginal ? Le PV systématique n'est pas recommandé en début de grossesse en dehors d'antécédents d'accouchement prématuré (A) Faire un PV si :

- Antécédent d'AP : recherche de vaginose bactérienne au 1^{er} Trim. ^(B)
- Vulvo-vaginite avérée ^(B)
- MAP, RPM, chorioamniotite ^(B)

Par prélèvement d'endocol ? Uniquement si :

- Signes cliniques avérés de cervicite ^(B)
- Infection urinaire ou leucocyturie à ECBU négatif
- IST connues.

• Recherche systématique du portage du Streptocoque B pendant la grossesse et le travail :

- Recherche isolée par culture sur gélose au sang
- A 34-38 SA (CPN 8^{ème} mois sinon 9^{ème} mois)
- Prélèvement vaginal par écouvillon : ensemble de la cavité incluant absolument le 1/3 inférieur des parois, le vestibule et la vulve ^(B)

- Inutile chez les femmes ayant des antécédents d'infection à SGB car le traitement systématique est recommandé en perpartum.

• Antibioprophylaxie perpartum recommandée : Pénicilline, Ampicilline, Céfazoline

En cas de portage SGB ^(B), de bactériurie à SGB ^(B), d'antécédent d'infection ou de portage à SGB ^(B). En l'absence de dépistage si 1 facteur de risque sur 3 :

- Accouchement prématuré avant 37 SA
- RPM de +12h
- Hyperthermie maternelle à +38°

• Administration

L'antibiotique doit être administré au moins 4h avant la naissance. Si l'accouchement n'a pas lieu dans les 4h, réinjecter une dose, y compris en cours d'expulsion (pic atteint rapidement, protection du nouveau-né assurée). Si l'administration a lieu moins de 4h avant la naissance, ou si un autre type d'AB est utilisé, la prophylaxie est inadéquate.

6-2. Cystite et bactériurie asymptomatique

CSP : Classes thérapeutiques ou médicaments autorisés aux SF pour prescription aux femmes "Antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de 1^{ère} ligne des cystites et bactériuries asymptomatiques chez la femme enceinte selon les recommandations officielles en vigueur. Prescription non renouvelable pour une infection donnée"

VIGNETTE CLINIQUE A

Mme X est une jeune primigeste sans antécédent. Elle est porteuse à 28 SA d'une bactériurie asymptomatique à Escherichia Coli. Faut-il prescrire d'emblée une antibiothérapie à large spectre ou peut-on se contenter d'un désinfectant urinaire de la classe des nitrofuranes avec

règles d'hygiène et surveillance par ECBU ?

En absence d'ATCD, on optera pour un traitement par Nitrofuranes (type Furadantine[®]) /10 j avec ECBU 8 j après la fin du traitement. Insister sur règles d'hygiène.

En cas d'ATCD d'IU en dehors de la G ou pendant la G, l'antibiothérapie s'impose.

VIGNETTE CLINIQUE B

Mme Y est une multipare aux antécédents de pyélonéphrite et de cystites à répétition. Dès 20SA elle présente une bactériurie asymptomatique à Escherichia Coli. Faut-il prescrire d'emblée une antibiothérapie et laquelle ? Quelle surveillance exercée pour le reste de la grossesse ?

Antibiothérapie à large spectre avec 1 ECBU/mois jusque l'accouchement + post partum. Insister sur les règles d'hygiène et les conditions de recueil des urines pour ECBU, et pour l'analyse d'urines de 1^{ère} intention par BU en CPN : Toilette préalable ++ car risque de faux positifs (leucorrhées - contamination).

6-3. Prévention des pyélonéphrites gravidi-ques : recommandations AFSSAPS 2008

Elle repose sur le dépistage des bactériuries asymptomatiques et le traitement des cystites aiguës. Le dépistage des bactériuries asympto- matiques est recommandé :

- Pour toute patiente, tous les mois, dès le 2^{ème} trimestre par bandelette urinaire (leucocytes /nitrites). L'ECBU est réalisé si la BU est positive.
- Pour les patientes à risques (antécédents d'uropathie, de pyélonéphrite ou diabétique), ECBU mensuel.

Diagnostic positif si bactériurie \geq à 10^5 UFC/ml
 Traitement des bactériuries et cystites : antibiotiques recommandés

- * Amoxicilline : 5 jours (Actuellement des résis- tances sont constatées vis-à-vis de l'Amoxicilline, ce qui remettrait en cause sa prescription en 1^{ère} intention en faveur d'une céphalosporine de 3^{ème} génération.)
 - * Nitrofurantoïne : 7 jours
 - * Traitements uni doses non recommandés.
- Surveillance : ECBU 8 jours après le traitement, puis mensuel.

7. Antalgiques et antiinflammatoires : Stratégie d'utilisation et points de vigilance
 S. BENTO et N. KERMARREC

La stratégie de l'analgésie en péri-partum repose sur :

1. La prise en compte des risques abortifs, tératogènes, foetotoxiques et néonataux chez la femme enceinte (FE) et des risques pour l'allaitement en post-partum
2. L'évaluation de l'intensité de la douleur, au moyen d'échelles unidimensionnelles (ex EVA = Echelle Visuelle Analogique = réglette graduée de 0 à 10)
3. Le respect des paliers d'utilisation des antalgiques (l'inefficacité d'un antalgique commande le passage au palier supérieur, synergie de P1 + P2 et P1 + P3)
4. La surveillance et le traitement des effets secondaires.

Palier 1 (P1) : Douleur faible à modérée (EVA \leq 3) = ANTALGIQUES NON OPIOIDES		
DCI	Voie	Précautions
Paracétamol	PO-rectale (0,5 g à 1 g, IV (1 g))	0,5 à 1 g/4 à 6h Dose max : 4 g/24h. En 1 ^{ère} ligne PO et rectale autorisée chez le nouveau-né
Néfopam (acupan [®])	IVL sur 30 min (20 mg/mg) risque nausées/vertiges	20 mg/prise Dose max : 120 mg/24h. Action centrale. Peu de données de toxicité chez la FE = privilégier antalgiques mieux connus
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	PO, rectale, IV	À éviter chez la FE. CI formelle après 6 ^{ème} mois de grossesse (risques sténose canal artériel, ins. rénale foetale)

Palier 2 (P2) : Douleur modérée à intense (EVA \leq 5) = OPIOIDES FAIBLES		
DCI	Voie	Précautions
Paracétamol codéine	PO (500 mg/30 mg)	1 à 2 cp/prise. Dose max : 6 cp/24h. Possible chez la FE = si prise proche de l'accouchement, prévenir l'équipe en charge du nouveau-né
Paracétamol Tramadol (ixprim [®])	PO (325 mg/37,5 mg)	Dose initiale 2 cp. Dose max : 8 cp/24h Respecter intervalle de 6h entre les prises
Tramadol (Contramal [®])	PO (50 mg, forme 50 et 150 mg) IVL (100 mg)	Argoniste opioïde faible (excès de nociception) et inhibiteur recapture NA et 5HT (douleur neurogène). Peu de données de toxicité chez la FE = privilégier antalgiques mieux connus

Palier 3 (P3) : Douleur intense à très intense (EVA \geq 5) = OPIOIDES FORTS		
DCI	Voie	Précautions
Nalbuphine (ex Nubain [®])	SC-IV (20 mg)	10 à 20 mg/4 à 6h. Uniquement dans le cadre d'un protocole de service Usage limité au début du travail et à une seule ampoule/patiente
Morphine	SC-IV (10 mg)	\leq 2 ampoules/patiente. Possible chez la FE = proche de l'accouchement, surveillance ++ du nouveau-né

Lors de soins douloureux, un mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA) peut être administré par inhalation sous réserve d'une formation appropriée et d'une surveillance continue de la patiente.

- Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses.
 - Mise au point. AFSSAPS 16 décembre 2010. Texte consultable sur le lien suivant : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a6497f74f-c2f18e8db0022973f9327e1.pdf

8. Inhibition de la lactation : Actualités sur les méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses - Brune de VILLEPIN

L'allaitement maternel est, selon l'OMS, l'alimentation la plus adaptée pour les nouveau-nés¹.

Cependant, pour des raisons personnelles (fatigue, pudeur, souhait de participation du conjoint, manque d'accompagnement conduisant à l'arrêt d'un allaitement commencé), et/ou médicales (VIH, MFIU, IMG), environ 30% des femmes ont recours à un allaitement artificiel².

La Bromocriptine (Parlodol®) est un agoniste dopaminergique qui agit en bloquant la sécrétion de prolactine au niveau hypothalamo-hypophysaire. Plusieurs enquêtes de pharmacovigilance, ont confirmé la présence d'effets indésirables graves associée à la prise de bromocriptine^{3,4,5}. Compte tenu de l'ensemble des données, l'ANSM⁷ a conclu en 2013 que "son rapport bénéfice/risque était défavorable dans l'inhibition de la lactation. La bromocriptine n'a plus de place dans la stratégie thérapeutique de l'inhibition de la lactation".

Dès lors, quelles méthodes d'inhibition de la lactation la sage-femme peut-elle proposer?

Cabergoline (Dostinex®) Il s'agit aussi d'un agoniste dopaminergique. La Cabergoline Sandoz® vient d'être autorisée en France, mais n'a l'AMM que pour «prévenir le déclenchement de la lactation physiologique pendant le post-partum pour des raisons médicales définies". (IMG, MFIU, VIH...)⁸. **Posologie** : 2 cp en une seule prise dans les 24 H suivant l'accouchement. **Rappel** : Les agonistes de la dopamine sont contre-indiqués en cas d'hypertension gravidique, pré-éclampsie ou antécédents cardiovasculaires ou troubles psychiatriques⁹.

Lisuride (Arolac®) Le lisuride est aussi un agoniste dopaminergique. Il a l'AMM pour l'inhibition de la lactation dans le post-partum¹⁰ sans restriction d'indication. **Posologie** : 2cp/j pendant 14j à commencer dans les 24 heures après l'accouchement. Si effet rebond après

l'interruption d'Arolac®, recommencer le traitement pendant 1 semaine. 9 cas d'effets indésirables graves (principalement cardio-vasculaires) ont été signalés contre 1 seul cas pour la cabergoline et 77 pour la bromocriptine.

La dihydroergocryptine (Vasobral®) n'a pas l'AMM pour l'inhibition de la lactation et ne doit donc pas être utilisée. 11 cas d'effets indésirables graves ont été rapportés après la prise de ce médicament dans le cas de l'inhibition de la lactation⁷.

Effet rebond ou sevrage tardif En cas de montée laiteuse "tardive", ayant lieu quelques semaines après l'accouchement, on peut conseiller aux femmes de prendre Lisuride 2cp/j pendant 14 jours ou si l'inhibition relève de "raisons médicales" (IMG, MFIU...), Cabergoline Sandoz® ½ cp (0,25 mg) toutes les 12 heures pendant 2 jours (4 x ½ cp au total). En cas de sevrage tardif, le taux de prolactine retrouvant physiologiquement son taux basal 3 à 4 semaines après l'accouchement, les agonistes dopaminergiques seront sans effet.

Méthodes non médicamenteuses L'objectif est d'éviter toute montée de lait et de soulager la mère. La non présentation de l'enfant au sein suffit dans 70% des cas à inhiber ou interrompre la lactation. Pour préserver le lien mère-enfant, ne pas éloigner l'enfant des bras de sa mère même s'il présente des signes de succion. 30% des femmes présenteront des douleurs (tension mammaire, inconfort, engorgement) : leur conseiller de porter un soutien-gorge adapté la journée, et la nuit si elles en ressentent le besoin bien qu'aucune étude n'en ait montré le bénéfice, éviter la restriction hydrique et le bandage des seins sources d'inconfort et de déshydratation de la mère⁹. Si la douleur mammaire devient inconfortable commencer par prescrire des antalgiques de palier 1 (paracétamol), si cela ne suffit pas passer au AINS (type kétoprofène, ibuprofène). Dans le cas de douleurs aiguës à type d'engorgement, il est conseillé aux mères de vider légèrement leur sein, soit

¹ D. Turck. Breast feeding: health benefits for child and mother, Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie 1, Archives de pédiatrie 12 (2005) S145-S165,

² C. Duclos. Factors associated with the choice of breast or bottle feeding for hospitalized neonates. Arch Pediatr. 2002 Oct; 9(10):1031-8.

³ FDA Drug Bulletin: post-partum hypertension seizures, strokes reported with bromocriptine. FDA Drug Bull 1994; 14:3-4

⁴ Parlodol 2,5 mg, inhibition de la lactation, comprimé sécable, direction de l'évaluation des actes et produits de santé, Avis 9 mai 2007, HAS Commission de la transparence

⁵ Graille V et al. A propos d'une enquête de pharmacovigilance sur la bromocriptine utilisée dans l'inhibition de la lactation. La lettre du pharmacologue. 1995 ; 9 (1): 16-17.

⁶ Olapad OT et al. Treatments for suppression of lactation. Cochrane Database Syst Rev, 2012(9): Art. No: CD005937

⁷ ANSM, Commission de suivi du rapport bénéfice/risque des produits de santé Bromocriptine (Parlodol® et Bromocriptine Zentiva)- n°2, 2013.

⁸ Monographie, Dostinex 0,5mg, comprimé sécable, Pfizer, 2013

⁹ Inhibition of lactation: risks associated with dopamine agonists Rev Prescrire 2010; 30 (325): 828.

¹⁰ Arolac 0,2 mg, comprimé sécable, HAS, Commission de transparence 2004.

à l'aide d'un tire-lait, soit par simple massage, jusqu'à atteindre "une zone de confort".

Conclusion: L'utilisation des médicaments inhibiteurs de la lactation ne doit plus être systématique⁶ mais réservée aux situations où l'inhibition de la lactation relève de raisons médicales. L'information et des conseils simples, associés aux antalgiques, suffisent à inhiber ou soulager la montée de lait.

9. Vitamines et sels minéraux

C. CHAUVIERE, A. HOUZE de l'AULNOIT

Une alimentation équilibrée et suffisante proche des repères de consommation du Projet National Nutrition Santé¹ permet normalement de couvrir l'ensemble des besoins nutritionnels au cours de la grossesse. Pourtant, certains suppléments en minéraux, oligo éléments et vitamines sont recommandés si l'équilibre alimentaire n'est pas suffisamment observé.

1. Les sels minéraux : Calcium et magnésium²

La consommation alimentaire suffit normalement à couvrir les besoins en calcium et magnésium au cours de la grossesse. Une supplémentation en sels minéraux ne se justifie donc pas. En cas de crampes musculaires, fréquentes au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre, une administration de magnésium peut être proposée.

2. Les oligo éléments

Ce sont des minéraux et nutriments nécessaires à la vie d'un organisme, mais en quantités très faibles. Leur masse est inférieure à 1 mg.kg. Présents à des taux trop élevés, ils sont toxiques. L'effet d'un oligo-élément dépend de la dose d'apport. Lorsque l'oligo-élément est dit essentiel, l'absence, comme un apport excessif, est létale. Aussi peut-on considérer le fer comme un oligo-élément essentiel qui doit être utilisé à forte dose quand il est en quantité insuffisante dans le corps (situation d'anémie...)

• Le fer

• Pour qui ? En France 25% des femmes en âge de procréer présentent un déficit en fer, et 5% une anémie. Bien que la grossesse constitue une période d'utilisation accrue du fer³, l'organisme s'adapte tout au long de la grossesse, et l'absorption intestinale du fer est 5 à 9 fois plus élevée au cours des derniers mois, permettant de faire face aux besoins supplémentaires⁴. Les besoins sont couverts si la ration alimentaire est suffisante et variée⁴, aucune supplémentation systématique en fer n'est justifiée⁴ en absence d'anémie, et peut être source de troubles intestinaux et de surcharge ferrique.

• Le dépistage biologique de l'anémie

Il est essentiel de dépister l'anémie le plus tôt possible dès le début de la grossesse et notamment chez les patientes à risque, pour démarrer la supplémentation plus tôt (voire en pré-conceptionnel)⁵. L'anémie ferriprive doit être détectée et corrigée car elle est associée à un risque de prématurité et de petit poids de naissance. Une anémie est diagnostiquée pour un taux d'hémoglobine inférieur à 11g/dl au 1^{er} et 3^{ème} trimestre et pour un taux inférieur à 10,5g/dl au 2^{ème} trimestre⁵. L'anémie est souvent mixte, macro et microcytaire. Un dosage de la ferritine sérique, permettra d'être plus précis et d'affirmer une carence martiale si elle est inférieure à 12µg/L⁴. Un hémogramme de contrôle doit être réalisé 6 à 8 semaines après l'instauration du traitement pour en évaluer l'efficacité.

* L'électrophorèse de l'hémoglobine est à réserver aux anémies profondes auxquelles s'ajoutent des arguments cliniques (origine géographique, antécédents, régime alimentaire, symptômes cliniques).

• Comment y remédier? Avant tout, une alimentation équilibrée avec augmentation des apports alimentaires de fer devrait suffire grâce aux mécanismes naturels d'adaptation de la grossesse⁴. Le fer est présent principalement dans les fruits frais, les fruits secs,

¹ Le guide nutrition pendant et après la grossesse. Agence Française de Sécurité Sanitaire des aliments. Septembre 2007

² M. Comtet. Quels conseils nutritionnels et quelles suppléments pour la grossesse ? Réalités en gynécologie-obstétrique. Juin 2012

³ HAS. Choix des examens du métabolisme du fer en cas de suspicion de carence en fer-Service évaluation des actes professionnels. Mars 2011

⁴ CNGOF. RPC: suppléments au cours de la grossesse 1997.

⁵ G.Beucher; E.Grossetti, T.Simonet, M.Leporrier, M.Dreyfus. Anémie par carence martiale et grossesse. Prévention et traitement. Journal de gynécologie et de la reproduction V40 n°3 p185-200, Mai 2011.

les poissons, toutes les viandes (surtout les abats et le foie), les œufs, les légumes frais, les céréales, le chocolat. La vitamine C (agrumes, brocolis) aide à son assimilation. Le traitement médicamenteux de supplémentation ferrique consiste en :

- Une supplémentation orale en fer à la dose de 30 à 100 mg par jour selon l'importance de l'anémie, jusqu'à correction de l'anémie et la plupart du temps jusqu'à la fin de la grossesse⁴. Il existe plusieurs formes de fer oral (dont une solution buvable pour les réfractaires aux comprimés) sur l'argument d'une meilleure tolérance digestive. Les patientes doivent être informées du risque de coloration noirâtre des selles et d'une possible constipation.
- En cas de non efficacité du fer oral ou d'intolérance, une cure de fer par voie intraveineuse pourra être réalisée en milieu hospitalier, sa prescription sera documentée par un dosage de ferritine bas³. Elle peut également être prescrite en première intention en cas d'anémie sévère, de fatigue maternelle ou de pathologie de la grossesse avec nécessité d'une réponse rapide (menace d'accouchement prématuré) ou différée en fin de grossesse en prévision de l'accouchement.
- Les folates peuvent être associés à la supplémentation ferrique puisque l'anémie est souvent d'origine mixte par carence en fer et en folates.

• L'iode²

L'iode joue un rôle dans le développement et la croissance cérébrale du fœtus. Il est recommandé, dans les zones de goitre endémique et pour les populations issues de la zone sub-saharienne, de supplémer les femmes enceintes par 150 à 200 µg/ jour d'iodure de potassium ou de compléments vitaminiques (comprenant 150 µg d'iodure de potassium). Dans les zones non endémiques, la correction du déficit en iode peut être corrigée par la consommation de sel iodé, de poisson, lait, œufs.

3. Les vitamines^{1,2}

• La vitamine D : le calciférol

Cette vitamine permet d'augmenter l'absorption intestinale du calcium par la mère et ainsi d'améliorer la minéralisation du squelette fœtal. En cas de faible exposition solaire, de vêtements couvrants ou de gestation pendant l'hiver, une supplémentation en calciférol de 400 UI/jour est recommandée, pour réduire les hypocalcémies néonatales. Elle sera administrée par une ampoule de vitamine D à 100 000 UI au début du 6^{ème} mois ou du 7^{ème} mois de grossesse.

• La vitamine B9 : l'acide folique

Cette vitamine joue un rôle clé dans la division cellulaire. Il est recommandé de compléter :

- Toutes les femmes ayant un désir de grossesse, en période péri-conceptionnelle (un mois avant la grossesse et jusqu'au premier trimestre), par 0,4 mg /j d'acide folique pour diminuer le risque de défaut de fermeture du tube neural (anencéphalie, rachischisis). En prévention secondaire la supplémentation périconceptionnelle sera de 5 mg/j d'acide folique.
- À partir du 2^{ème} trimestre en cas d'anémie et en complément du fer (les stocks de folates sont faibles car de courte durée : 3 à 4 semaines).

A1-3. QUELQUES PRESCRIPTIONS PARTICULIÈRES - F. LOEUILLET, B. BAILLEUX

L'éphédrine

- Mode d'action : agent sympathomimétique, stimule le SNC, le système cardiovasculaire, le système respiratoire, les sphincters digestifs et urinaires.
- Indications : traitement de l'hypotension induite par les anesthésies générales et locorégionales (rachidienne ou péridurale) pratiquées pour un acte chirurgical ou obsétrical, traitement préventif de l'hypotension

au cours de l'anesthésie rachidienne pour un acte chirurgical ou obstétrical. Utilisation très fréquente car la rachianesthésie provoque souvent une hypotension.

- Effets indésirables (non exhaustifs) : Risques de palpitations, hypertension, modifications de l'hémostase primaire, tremblements, anxiété, insomnie, confusion, irritabilité, dépression, rétention urinaire aiguë.
- Il n'y a pas de données suffisantes pour affirmer la réalité d'une foetotoxicité si l'administration a lieu pendant la grossesse: à n'utiliser que si nécessité (RCP).

L'Atarax®

Aspect pharmacologique : Qu'est-ce que c'est ?

Atarax® = Hydroxyzine = Non autorisé aux SF

- Mode d'action : Anti **H1** d'action centrale et périphérique avec propriétés anticholinergiques (Inhibe le parasymphatique donc les contractions utérines)

Médicaments autorisés aux SF pour prescription aux femmes : "Antihistaminiques **H2**, de préférence la ranitidine ou la famotidine"

- Indications : manifestations mineures de l'anxiété, prémédication à l'anesthésie générale, traitement symptomatique de l'urticaire.
Hors AMM : utilisé pour faux travail ou dystocie de démarrage en association au Spasfon®
- Effets indésirables : effets anticholinergiques : rétention urinaire, confusion, somnolence, sécheresse buccale, tachycardie, constipation...
- Attention pendant la grossesse : l'hydroxyzine passe le placenta, des posologies élevées lors de l'accouchement peuvent entraîner une accumulation et un des effets atropiniques ou sédatifs chez le nouveau-né (CRAT maj. 27/06/2012)
- Allaitement : utilisation déconseillée (CRAT maj. 27/06/2012)

Aspect clinique : Est-il indiqué d'utiliser l'ATARAX® au cours du travail ? A l'époque ou la péridurale n'était pas aussi largement utilisée qu'aujourd'hui, la douleur et l'anxiété des parturientes justifiaient l'utilisation d'antalgiques de

classe 2 (Nubain® par ex.) et d'anxiolytiques (Atarax® par ex.) en première partie de travail. Actuellement la persistance de l'utilisation de ces substances non dépourvues d'effet secondaires sur la patiente (somnolence) et le fœtus (anomalies du RCF) voire le nouveau-né (dépression respiratoire), associées à la péridurale et dans l'objectif de favoriser le relâchement cervical ou de traiter l'anxiété, doit être réfléchi car non indiquée au regard des bénéfices attendus.

A1-4. L'HOMÉOPATHIE N. PETITPREZ

Arrêté du 12 octobre 2011, annexe 1 :

Liste des classes thérapeutiques autorisées aux SF pour leur usage personnel ou leur prescription auprès des femmes. A- En primo prescription : Médicaments homéopathiques. A ce jour l'homéopathie n'est pas autorisée aux SF pour les nouveaux nés.

Notre article sera donc surtout consacré à la FORMATION des SF en homéopathie, car le dossier thématique 2012 du CNSF : "Sage-femme et petits maux de la grossesse : autre regard, autres pratiques", y consacre le chapitre 2, p 19-24, totalement rédigé par nos collègues homéopathes. De plus plusieurs SF homéopathes, ont écrit et édité des ouvrages destinés aux SF.

- En France, la reconnaissance de l'homéopathie n'est pas totalement acquise, faisant l'objet de controverses médicales.
- L'homéopathie est une médecine à la fois globale et personnalisée, dont les prescriptions s'appuient sur une démarche clinique approfondie. L'anamnèse large et précise est très importante pour identifier le terrain et le profil de la patiente, afin que la thérapeutique soit ajustée à ses antécédents, sa physiologie, ses réactions dans un contexte et un environnement donné, sa physiopathologie et ses symptômes.

- Pour être commercialisés, les médicaments homéopathiques doivent avoir fait l'objet soit d'un enregistrement, soit d'une AMM auprès de l'ANSM. Ces dispositions font débat, l'enregistrement n'imposant pas les mêmes contraintes scientifiques aux laboratoires fournisseurs que l'AMM. Le recours à des remèdes standard utilisés en automédication spontanée, ou à partir d'une "prescription-recette" du professionnel est déconseillé car contradictoire avec cette médecine et source de risques. La commercialisation de ces médicaments, qu'ils soient enregistrés ou avec AMM, les soumet à la pharmacovigilance.

Cet enseignement est absent de la formation initiale des SF, et les formations complémentaires sont d'origine, de contenu et de validation très divers. Les SF doivent donc bien se renseigner sur les formations existantes, selon ce qu'elles en attendent (culture personnelle, ou véritable outil d'exercice professionnel) garantissant leur sécurité et celle des patientes. Dans le cadre du DPC, la formation doit être validée par l'OGDPC. Pour les SF libérales, le diplôme obtenu permet la visibilité de cette compétence, à mentionner sur leurs ordonnances, plaque professionnelle ou annuaire professionnel.

- Toutefois, selon les articles R-4127-339 et R.4127-340 du CSP, seuls les titres et diplômes figurant sur une liste établie par le CNO peuvent être ainsi mentionnés. Cette liste est régulièrement actualisée selon des critères relatifs au cadre et au contenu des formations. Sur délibération du CNO, les diplômes répondant à ces critères sont intégrés à la liste publiée sous le titre "Modifications apportées à la liste des mentions et titres autorisés par le Conseil national" dans le "Contact SF" diffusé à toutes les SF inscrites à l'Ordre.

Il existe 2 types de formations :

- Formations universitaires, DU, DIU en 2 à 3 ans maximum, comportant des enseignements théoriques, cas cliniques, contrôles continus et mémoire de recherche clinique, le tout conditionnant le diplôme.
- Formations non universitaires assurées par des laboratoire(s) d'homéopathie, ou des organismes privés de FC, agréés ou non DPC. Leurs durées, programmes et modes de validation varient selon l'organisme de formation, et n'exigent pas un mémoire.
- La FC est estimée évidente et indispensable par les SF homéopathes. Les SF formées soulignent que cette médecine "différente" et très spécifique requiert et alimente une vraie motivation. Elles insistent sur la richesse des échanges pluridisciplinaires, le cheminement personnel lié à la démarche, la prise de recul et l'ouverture d'esprit nécessaires, et l'intérêt professionnel de proposer aux femmes des remèdes ajustés, avec moins d'effets secondaires.

Comme nos collègues SF acupuncteurs et ostéopathes, les SF homéopathes accompagnent la femme avec compétence et vigilance, de façon globale et personnalisée. Néanmoins l'exercice de l'homéopathie en cabinet libéral n'ouvre pas à une tarification particulière des actes SF. Mais ceci un autre débat....

LATOUR E, TETAU M. : Le guide homéopathique de la Sage-femme, Coll Biothérapie, Ed. Le manuscrit/SMB, 2011.

TETAU M: Matière Médicale/ Homéopathie ciblée, Coll. Doctrine et matière médicale, Ed Similia 2011.

GUERMONPREZ M : Principes - Clinique-techniques, Coll. Initiales, Ed Boiron 2006

SAGE-FEMME ET PRESCRIPTIONS - TOME 2

AU SOMMAIRE :

LES PRESCRIPTIONS AUX FEMMES :

Dispositif médicaux / Actes médicotechniques / Examens complémentaires / Actes et documents administratifs

LES PRESCRIPTIONS AUX NOUVEAUX-NÉS :

Médicaments / Examens complémentaires / Actes médicotechniques

LES PRESCRIPTIONS EN GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTION ET EN CONTRACEPTION :

Contraception / Prévention et dépistage du cancer du sein / Prévention et dépistage du cancer de l'utérus / Échographie en gynécologie

SANTÉ PUBLIQUE :

Vaccinations / Violences aux femmes et aux enfants

ÉVOLUTIONS NÉCESSAIRES ET PROPOSITIONS POUR L'AVENIR

À TÉLÉCHARGER GRATUITEMENT SUR :

www.cnsf.asso.fr rubrique publications



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

Le reportage photo en maternité réalisé par un professionnel

Proposez aux jeunes parents de garder un souvenir photo
de ce moment si magnifique !

Le service de la maternité bénéficiera de :

- **Reportage offert**
pour le personnel du service maternité, les cas sociaux extrêmes, les bébés nés sous le secret.
- **Prises de vue et photos offertes**
pour vos événements (Arbre de Noël, Départ en retraite, Remise de médailles du travail...).
- **Remises sur le reportage**
pour le personnel des autres services de l'établissement.
- **Décoration de votre service maternité.**

Pour en savoir plus,
contactez-nous au 01 79 62 62 52

Primaphot
les portraits de la vie

ABCPhoto
Votre esprit de famille, notre sens de l'innovation



La Boîte Rose

L'accompagnement pédagogique

Nous vous proposons des guides conseils destinés à accompagner les futures et jeunes mamans à chaque étape : début et milieu de grossesse, naissance et retour à la maison.

Ces publications sont rédigées par des experts et relues par un comité constitué de professionnels de la périnatalité. Elles sont entièrement gratuites et remises par des professionnels de santé exclusivement, dans nos différents colis.



Happy Baby Porter la vie

Tout ce qu'il faut savoir pour accompagner la grossesse et le développement de bébé.



Happy Baby Santé et prévention

Le guide pour informer et rassurer la future maman sur des questions de santé et de prévention pour mieux préparer l'accueil de bébé.



Happy Baby Ma première année

L'essentiel pour faciliter le retour à la maison et la première année de bébé.

Vous souhaitez bénéficier de ces guides, contactez-nous au 01 78 99 13 83 ou info@familyservice.fr