



SAGE-FEMME ET PRESCRIPTIONS

TOME 2



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

TOME 2

SAGE-FEMME ET PRESCRIPTIONS

CHAPITRE III

A PERINATALITÉ PRESCRIPTIONS AUX FEMMES (suite)

A2 Les dispositifs médicaux

A3 Les actes médicotechniques

A4 Les examens
complémentaires

A5 Les actes et documents
administratifs

B NEONATOLOGIE PRESCRIPTIONS AUX NOUVEAUX-NÉS

B1 Médicaments

B2 Examens complémentaires et
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

1 Des évolutions indispensables

2 Propositions

CONCLUSION

A. PÉRINATALITÉ - PRESCRIPTIONS AUX FEMMES

A2. LES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Textes de référence

- L'art.L.4151-4 du CSP (déjà cité) autorise les SF à prescrire les dispositifs médicaux selon "une liste fixée par l'autorité administrative".
- L'arrêté du 27 juin 2006 modifié par l'arrêté du 12 octobre 2011, art 1, précise cette liste : "à l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, les SF sont autorisées, dans le cadre de l'exercice leurs compétences, à prescrire à leurs patientes les dispositifs médicaux suivants : Ceinture de grossesse de série, orthèse élastique de contention des membres inférieurs, sonde ou électrode cutanée périnéale, électro stimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale, pèse-bébé, tire-lait, diaphragme, cape cervicale, compresses, coton, bandes de crêpe, filet tubulaire de maintien, suture adhésive, sparadrapp, dispositifs intra utérins."

Parmi ces dispositifs, nous avons retenu l'orthèse élastique de contention des membres inférieurs, ou bas de compression (dénomination actuelle remplaçant les bas de contention), recommandée dans le cadre de la :

Prévention de la Maladie Thrombo Embolique Veineuse (MTEV) en obstétrique

P. LUCIDARME

La grossesse constitue à elle seule un facteur de risque thromboembolique avec un risque de Thrombose Veineuse Profonde (TVP) multiplié par 2 à 5 et par 60 dans le post partum. La distribution de la maladie est homogène tout au long de la grossesse, avec une fréquence accrue dans les 6 semaines du post partum immédiat, persistant jusqu'à 3 mois voire plus si césarienne.

Comment prévenir la maladie thromboembolique veineuse au cours de la grossesse ?

- **Les méthodes physiques et hygiéniques** de prévention simples sont efficaces. L'immobilisation et donc l'alitement étant une des causes principales de la formation de caillots sanguins, il faut favoriser la marche ou la kinésithérapie afin de prévenir la stase. Certains mouvements, même au lit, contribuent à réduire le risque : étirements, flexions extensions des pieds, position surélevée des jambes sans compression du mollet, exercices de pédalage ou étirement des jambes vers le pied du lit avec retour vers la poitrine. Les vêtements trop serrés, les longues stations debout, les bains chauds et l'exposition au soleil sont à éviter, les talons moyens et les douches froides sur les jambes conseillés.
- **Les recommandations de la HAS** concernant la prévention des thromboses veineuses profondes et superficielles pendant la grossesse et en post partum, reprennent les recommandations de 2009 du NICE¹, du SIGN² et 2005 de la SFAR^{3,4}. Ces études préconisent le port de bas médicaux de contention seuls en cas de risque faible, et en complément des anti thrombotiques en cas de risque modéré ou fort , à porter systématiquement dès le début de la grossesse et jusqu'à 6 semaines post partum ou 6 mois en cas de césarienne. Ces bas créent une compression dégressive avec une pression de 15 à 20 mm Hg à la cheville. Leur mise en place doit être expliquée (installation, placement sur le pied, déroulement sur la jambe). La compression par les bas n'a pas d'effet sur la mortalité, ni sur la survenue d'une embolie pulmonaire, ni sur les saignements majeurs, par contre ne pas utiliser de moyen de compression veineuse pendant la grossesse est un risque pour la patiente.

¹ National Institute for Health and Clinical Excellence. Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital. London: NICE; 2009

² Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevention and management of venous thromboembolism; National meeting draft. Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland; 2009.

³ Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse péri opératoire veineuse et obstétricale. Paris : SFAR ; 2005

⁴ Texte des recommandations Thrombophilie et grossesse Conférence de consensus ANAES 2003

PRESCRIPTIONS ET EXERCICE PROFESSIONNEL

La Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé recommande pour la grossesse et le post partum :

SITUATION CLINIQUE	DISPOSITIFS	MODALITÉS
Grossesse ou post partum Cas général	Chaussettes, bas, collants de 15 à 20 mm hg (Grad 2)	Port durant toute la grossesse et 6 semaines après l'accouchement ou 6 mois en cas de césarienne
Grossesse ou post partum, en cas d'affection veineuse chronique associée	Chaussettes, bas, collants de 20 à plus de 36 mm hg (Grad 3 et +)	

Tableau : Issu de www.has-sante.fr ⁵

⁵ Recommandations de la CNEDIMTS sur Compression médicale et grossesse, 2011 - www.has-sante.fr

Les bas, collants et chaussettes sont remboursés à 60% par l'assurance maladie jusqu'au 6^{ème} mois de grossesse et à 100% du 6^{ème} mois jusqu'à 12 jours après l'accouchement (sur la base du tarif de remboursement de la SS et du prix d'achat de base variable selon le produit et l'officine, complément par mutuelle selon contrat). Toute personne peut acheter des chaussettes ou bas de contention sans ordonnance, mais alors sans remboursement. La prescription est sans limitation de quantité, renouvelable tous les 6 mois en cas de modification de morphologie ou changement de classe de compression. Le traitement par les bas de compression prévient également l'œdème et l'apparition de varices. En cas de facteurs de risque surajoutés, outre les mesures préventives il faut adresser la patiente à un spécialiste pour explorations et traitement ajustés à la pathologie.

A3. ACTES MÉDICO TECHNIQUES : FOCUS SUR LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE - B. JOUFFROY / C. DUPOND

Sur ce thème, nous renvoyons les lecteurs vers le dossier thématique 2014 : "[Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale](#)".

1. Prescription/réalisation des actes

Textes de référence pour les SF :

- Art. R 4127-318 CSP modifié par le décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012, art.1 : "Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'art. L 4151-1 du CSP, La SF 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 des pathologies concernant :
 - les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception

- les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale, la sage-femme est notamment autorisée à pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement"

- Art. L415-1 du CSP : L'examen postnatal peut être pratiqué par une SF si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.
- Art. R.2122-3 du CSP : Un examen médical postnatal doit être obligatoirement réalisé dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement.

Par conséquent une SF peut **prescrire et/ou réaliser sans prescription d'un médecin** une rééducation périnéale dans le cadre de ses compétences, donc notamment en post-natal (depuis qu'elle peut faire la visite post-natale au cours de laquelle la rééducation peut être préconisée) et dans le cadre du suivi gynécologique de prévention. En cas de pathologie, en dehors de la période post-natale, elle est à même de **pratiquer la rééducation sur prescription d'un médecin**, à la seule condition que la patiente ait déjà accouché au moins une fois.

Texte de référence pour les masseurs kinésithérapeutes (MK) :

- Art. R4321-5 CSP : "Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants : Rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement"
- Art. R 4321-2 CSP : "Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute... Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan... Ce bilan est adressé au médecin prescripteur..."

Selon ces textes :

- Le MK ne peut réaliser la rééducation qu'au-delà du 90^{ème} jour du post partum

- La "prescription médicale" doit être celle d'un médecin.

Le MK ne peut donc accepter une ordonnance de rééducation périnéale ou abdominale émanant d'une SF.

En résumé : Lors du séjour en maternité, lorsque la SF aborde la question de la rééducation post natale et du thérapeute, le libre choix de la patiente doit être respecté. Si la patiente décide de se rendre :

- Chez une SF : la prescription est inutile, c'est une compétence de SF.

- Chez un MK : la prescription d'un médecin est nécessaire.

Si la patiente est encore indécise, préfère avoir le temps de choisir son thérapeute, va déménager, qu'il n'y a pas de SF libérale proche du domicile, donc selon le contexte, une prescription de médecin pourrait être établie à la sortie de maternité pour que la patiente en dispose le cas échéant.

2. Prescription de la sonde de rééducation

- Arrêté du 27 juin 2006 modifié par l'arrêté du 12 octobre 2011, art 1, modifiant la liste des dispositifs médicaux que les SF sont autorisées à prescrire : "à 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 :

- Sonde ou électrode cutanée périnéale (Base de remboursement 25,92€)

- Électro stimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale. Achat pour auto traitement à domicile" (Base de remboursement 304,90 €)

3. Problématiques actuelles

• En l'état actuel des textes, la rééducation périnéale pratiquée par une SF ne peut donc concerner que les patientes ayant déjà

accouché. Cela exclut de facto les nullipares.

• À ce jour, la rééducation abdominale stricto sensu ne fait pas partie des compétences des SF bien que les pratiques actuelles de rééducation périnéale impliquent nécessairement la musculature abdominale.

• En outre, du fait des textes régissant les kinésithérapeutes, les prescriptions de rééducation périnéale, ou de rééducation abdominale doivent être établies par un médecin si elles sont réalisées par un MK, impliquant un surcoût pour l'Assurance maladie alors qu'elles pourraient être faites par la SF qui assure la visite post-natale et éventuellement la rééducation périnéale.

• **Un problème récurrent se pose dans certaines régions par rapport à la prescription des sondes avec la cohabitation de deux textes :**

- L'arrêté fixant la liste des dispositifs médicaux que les SF sont autorisées à prescrire a été complété successivement le 27 juin 2006 puis le 12 octobre 2011, avec maintien du préambule "à l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance". Celui-ci visait à l'origine l'emploi des compresses et du matériel nécessaires pour des soins infirmiers. Cette façon de compléter le texte initial sans le toiletter en amont est actuellement source de litige entre les SF et certaines Caisses d'Assurance Maladie qui appliquent à la lettre cette restriction, contraire aux intérêts des femmes, des SF ou de l'Assurance Maladie elle-même.

- L'arrêté du 27 juillet 1999, modifiant le titre 1^{er} du Tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS), remplacé depuis par la Liste des Produits et des Prestations (LPP) 1183014, qui précise : "la prise en charge des sondes ou électrodes est assurée pour les patients traités à domicile ou **en cabinet**". Cet arrêté confirme bien que la liste de prescriptions autorisées aux SF prévoit les sondes individuelles utilisables en cabinet et pas seulement les sondes d'auto-traitement à domicile. Il introduit également une dérogation au principe selon lequel le coût

¹ Article L4151-4 CSP, modifié par la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 - Art. 5

² Article L4151-1 CSP, modifié par la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 - Art. 38

³ Article L4151-3 CSP, modifié par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 - Art. 104 JORF 11 août 2004

⁴ Article R4127-318 CSP, modifié par le décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 - Art. 1

du matériel est inclus dans l'acte, dans une visée de santé publique : encourager l'utilisation individuelle des sondes pour des raisons d'hygiène.

L'Assurance maladie rembourse la sonde-stimulateur prescrite par un médecin ou une SF pour une auto rééducation. Pourtant, outre son surcoût pour l'Assurance Maladie, l'auto-traitement à domicile ne saurait remplacer un travail volontaire et actif avec un thérapeute (nombreuses publications scientifiques sur le sujet, recommandations de l'HAS). C'est à propos du remboursement à la patiente de la sonde utilisée au cabinet par la SF, que certaines caisses s'appuient strictement sur le préambule de l'arrêté du 12 octobre 2011, d'où les difficultés des SF qui devraient dans ce cas, prendre l'achat des dispositifs à leur charge.

NB : L'arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les MK sont autorisés à prescrire précise également "à l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance" et prévoit pourtant "la sonde ou électrode cutanée périnéale pour électro-stimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire", mais pas l'électro stimulateur pour auto traitement à domicile.

Concernant cette dernière problématique et pour résumer :

- Soit la SF continue à prescrire la sonde individuelle pour traitement en cabinet et la CPAM rembourse la patiente sur la base de 25,92 €
- Soit la SF devrait fournir ladite sonde à ses frais, impliquant une charge supplémentaire pour elle et une discrimination entre professionnels de santé.
- Soit la patiente devrait retourner voir son médecin, impliquant un surcoût de 23 ou 28 € pour l'Assurance Maladie.
- Soit la SF contournerait la loi en prescrivant une sonde d'auto traitement à domicile adaptable à son appareil de rééducation (coût 304,90 €), prise en charge en principe incompatible avec

le remboursement d'actes simultanés en cabinet.

C'est pourquoi le conseil national de l'Ordre et les syndicats s'emploient activement à obtenir la modification de l'arrêté et/ou une consigne de la CNAM annulant ce préambule litigieux ; d'ici là le texte actuel peut être apprécié différemment selon les Caisses d'Assurance Maladie, qui restent autonomes.

A4. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

1. Généralités - C. DRAN

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 comme le précise l'article L4151-4 CSP¹.** Le champ d'exercice de la SF est délimité par la loi et clairement défini dans les articles L 4151-1² à L 4151-3 CSP³. D'ailleurs, l'article L 4151-1 débute ainsi : "L'exercice de la profession de SF comporte...". D'autre part, un certain nombre de dispositions réglementaires viennent également préciser les modalités d'exercice comme l'article R 4127-318 CSP⁴.

Donc la SF peut prescrire tous les examens nécessaires à la surveillance de la grossesse, de l'accouchement, de la période post natale en ce qui concerne la mère et l'enfant, et au suivi gynécologique de prévention. La SF peut également prescrire tous les examens qu'elle estime nécessaires au dépistage de la pathologie. En revanche, en cas de situation pathologique elle doit faire appel au médecin et ne peut donc pas prescrire d'examen complémentaire. Ainsi la SF peut prescrire une sérologie VIH à sa patiente (dépistage de la pathologie) mais ne peut pas la prescrire à son conjoint (l'exercice de la profession de SF ne concernant que la femme). Ainsi, la SF peut prescrire une mammographie dans le cadre du suivi gynécologique de prévention, mais elle ne pourra pas prescrire une mammographie de contrôle à une patiente présentant une tumeur du sein.

2. Le diagnostic anténatal de Trisomie 21 (T21) - A. HUGUET-BOUILLET

Textes de référence

- L'article L4151-1 du CSP permet aux SF de prescrire l'ensemble des examens nécessaires au suivi de la grossesse et au dépistage de pathologie, et L'article R.4127-334 du CSP insiste sur la nécessité de donner des explications claires et de veiller à se faire comprendre des patientes.
- L'article L 2131-1 modifié par l'article 20 de la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011, relative à la bioéthique, encadre les diagnostics prénataux (prénatal et pré-implantatoire) et donne aux SF des compétences dans le domaine du diagnostic prénatal. Le diagnostic prénatal désigne les pratiques médicales, y compris l'échographie obstétricale et fœtale, ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité. La SF a une place importante dans ce dispositif, concernant l'information des femmes enceintes, le recueil de leur consentement ou non aux examens de dépistage, la prescription de ces examens, la réalisation de certains d'entre eux (échographie), l'annonce des résultats et leur suivi dont la réorientation vers le médecin, ainsi que la traçabilité des différentes étapes.
- L'article R2131-1 du CSP fixe la liste des examens de diagnostic prénatal dont les examens biochimiques (marqueurs sériques maternels) et échographiques.
- L'article R 2131-2 du CSP définit le cadre du dépistage et du diagnostic prénatal. Le médecin ou la SF a le devoir d'informer la femme enceinte, le plus précocement possible, quant à la possibilité d'effectuer, à sa demande, un ou plusieurs examens de dépistage ou diagnostiques. Ces examens impliquent le consentement de la femme enceinte lequel doit être recueilli par écrit.
- L'arrêté du 14 janvier 2014 fixe les modèles des formulaires de consentement des femmes enceintes aux examens de dépistage et

diagnostiques, et le modèle de formulaire à utiliser en cas de refus de la femme enceinte de recevoir des informations sur ces examens.

La T21 est une affection génétique qui fait l'objet d'un dépistage devant être proposé à toute femme enceinte. Les examens biochimiques et échographiques de dépistage ont été définis par l'arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatal avec utilisation des marqueurs sériques de la T21, et par les recommandations de la HAS d'Octobre 2011 (Nouvelles stratégies de dépistage de la trisomie 21 : impact et mise en œuvre) :

- Entre 11 SA et 13 SA + 6 j : dépistage combiné du 1^{er} trimestre comprenant l'âge maternel, la mesure de la clarté nucale et le dosage des marqueurs sériques : PAPP-A (Protéine Plasmatique A associée à la grossesse) et fraction libre de la BHCG (Hormone Chorionique Gonadotrope sous unité Beta).
- Entre 14SA et 17SA+6j : dépistage séquentiel intégré comprenant la mesure de la clarté nucale et les marqueurs sériques : AFP (Alpha Foeto Proteine), HCG totale ou BHCG, +/- uE3 (Oestradiol non conjugué).
- En l'absence de mesure de la clarté nucale, dépistage à partir des marqueurs sériques du 2^{ème} trimestre. La clarté nucale se mesure lors de l'échographie du premier trimestre ; elle correspond à l'espace anéchogène situé entre la peau de la nuque et l'aponévrose quand la longueur cranio-caudale de l'embryon est entre 45 et 84 mm, en position strictement sagittale, la nuque en position neutre. (éléments échographiques repris dans le score d'HERMAN devant être >4). Cette mesure ne peut être réalisée que par une SF diplômée en échographie ou un médecin, préalablement à la réalisation de l'examen biologique.

Cette mesure ne peut être réalisée que par une SF diplômée en échographie ou un médecin, préalablement à la réalisation de l'examen biologique.

La SF exerçant en consultations prénatales est en 1^{ère} ligne pour participer à ce dépistage :

- **Informier** : délivrer le plus tôt possible dans le suivi de la grossesse, une information loyale, claire et adaptée à chaque situation. L'obligation d'information reprise dans l'article R 2131-2 du CSP, stipule que "toute femme enceinte, quel que soit son âge, est informée de la possibilité de recourir à un dépistage combiné permettant d'évaluer le risque de la trisomie 21 pour l'enfant à naître". La femme a la possibilité de refuser de recevoir cette information, auquel cas ce refus doit être notifié par écrit dans le dossier médical.
- **Recueillir le consentement écrit de la patiente** : le consentement fait suite à l'information portant sur les objectifs des examens, les résultats possibles, les modalités, les éventuelles contraintes, les risques et limites, et leur caractère non obligatoire (art. R2131-2 du CSP). Le consentement est recueilli par écrit et est révocable à tout moment.
- **Prescrire** les examens en fonction de l'âge gestationnel.
- **Analyser les résultats et les annoncer à la patiente** :
 - Pour les marqueurs sériques, un résultat du dépistage supérieur à 1/250 établit une situation pathologique. Ce dernier implique la réorientation vers un médecin pour la réalisation d'examens diagnostiques : biopsie de trophoblaste ou choriocentèse entre 10 et 13SA, ou amniocentèse au-delà de 15 SA.
 - Pour la clarté nucale : la valeur de la CN varie en fonction de la longueur crano-caudale. Les valeurs sont reprises dans le tableau de la valeur médiane de la CN en fonction de la LCC d'après Herman and al, ou dans l'évolution au cours de la grossesse de la valeur de l'épaisseur de la CN en fonction de la LCC, d'après Snjders, Nicolaides.

- **Assurer le suivi des résultats et réorienter la femme vers le médecin en cas d'anomalie(s)** : Selon l'art. 20 de la Loi du 7 juillet 2011, "en cas de risque avéré, de nouveaux examens de biologie médicale et d'imagerie à visée diagnostique peuvent être proposés par un médecin, le cas échéant un membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, au cours d'une consultation adaptée à l'affection recherchée."

La SF qui exerce en service de diagnostic anténatal a donc une place centrale, elle est l'interlocuteur de 1^{ère} ligne de la femme et du couple dans une étape connue comme anxiogène, le lien permanent entre le couple et les médecins spécifiques et correspondants. Selon l'art. R 4127-313 du CSP, la SF ne devant pas dépasser ses compétences, l'exercice dans le domaine du diagnostic anténatal justifie d'une formation spécifique : diplôme universitaire en échographie, en médecine foetale, et toute formation complémentaire en lien avec le diagnostic prénatal.

À ce jour, le dépistage de la trisomie 21 est une pratique bien encadrée médicalement et juridiquement, inscrite dans les compétences des SF, ouvrant à des formations indispensables et de niveau universitaire, et qui, en cas de pathologie, inscrit la SF dans une véritable coopération interprofessionnelle.

Avenir

La valeur prédictive positive du dépistage combiné du 1^{er} trimestre est faible de l'ordre de 1/30. Ce résultat engendre la réalisation trop fréquente d'un diagnostic invasif avec un risque généré moral et physique. Face à ce constat, l'étude actuelle SAFE 21, faisant suite à SEQ 21 récemment achevée, offre une alternative non invasive de dépistage de T21 sur sang maternel. Le plasma maternel est en effet pourvu de près de 10% d'ADN libre circulant foetal, permettant un séquençage et le dépistage d'aneuploidie foetale. Dans un premier temps, l'étude reste en rapport avec le dépistage combiné donc le



Il n'y a pas de prescription médicale pour une aide à domicile.

diagnostic de l'aneuploïdie de la T21 exclusivement, avec une sensibilité de plus de 98% et un taux de faux positif < 3%. Les principaux objectifs généraux sont de répondre aux besoins des femmes à risque à l'issue du dépistage combiné, de réduire le nombre d'actes invasifs donc de fausses couches induites, d'évaluer l'impact clinique et médico-économique et réfléchir à une nouvelle organisation du dépistage prénatal de la trisomie 21. Les limites de cette étude sont une insuffisance de l'ADN foetal, des anomalies confinées au placenta, l'absence d'un caryotype complet et une inquiétude des professionnels au regard des 2 à 5% de faux négatifs. L'étude SAFE 21 apportera prochainement ses conclusions et le dépistage prénatal non invasif de l'aneuploïdie foetale pourrait entrer dans un nouveau schéma de dépistage de la trisomie 21 et ultérieurement dans la recherche d'autres aneuploïdies chez des sujets à risque.

A5. LES ACTES ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

1. Prescription d'un mode de transport C. DRAN

- L'article L 162-4-1 du Code de la Sécurité Sociale⁵ précise : "Les médecins sont tenus de mentionner sur les documents produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical : 2° Lorsqu'ils établissent une prescription de transport en vue d'un remboursement, les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit. Ils sont tenus en outre de porter sur ces mêmes documents les indications permettant leur identification par la caisse et l'authentification de leur prescription."
- Cet article est inséré dans la partie législative du CSS dans la section concernant les médecins (Livre 1, Titre 6, Chapitre 2, Section 1). La section suivante (Section 2) qui concerne les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et

auxiliaires médicaux, ne fait pas mention de la prescription d'un mode de transport. Or, c'est le Code de la Sécurité Sociale qui fixe les conditions de prise en charge des soins, traitements, transports, par l'assurance maladie... Pour que les frais de transports soient pris en charge par l'assurance maladie il faut donc une prescription établie par un médecin (nécessite de plus certaines conditions : établissement de santé le plus proche et adapté à l'état de santé du patient, mode de transport le mieux adapté à la situation du patient et le moins coûteux). **Une prescription établie par une SF pourrait donner lieu à un refus de prise en charge par l'assurance maladie.**

2. Prescription d'une aide à domicile C. DRAN

- L'aide à domicile est un soutien temporaire proposé par les Caisses d'Allocations familiales⁶ afin d'aider certaines familles à surmonter des difficultés ponctuelles. Pour cela, la famille doit remplir plusieurs conditions (être allocataire de la CAF, avoir au moins un enfant à charge ou attendre son 1^{er} enfant et percevoir des allocations à ce titre) et être confrontée à un événement familial fragilisant (grossesse, naissance ou adoption, séparation des parents, décès d'un enfant ou d'un parent, famille nombreuse, ...). Une participation financière est demandée à la famille et calculée en fonction de son quotient familial. Le montant pris en charge par la CAF n'est pas versé à la famille mais directement à l'organisme gestionnaire qui emploie l'aide à domicile. L'aide à domicile est attribuée à la demande, ou avec l'accord, de la femme enceinte, de la mère, du père ou à défaut de la personne qui assume la charge d'un enfant. **Il n'y a donc pas besoin d'une prescription médicale.**
- **Attention** : ne pas confondre avec la prescription d'une aide-ménagère qui est une prestation d'aide sociale destinée aux personnes âgées dépendantes. Pour en bénéficier il faut remplir plusieurs conditions et notamment être âgé de

⁵ Article L162-4-1 CSS, créé par la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 - Art. 25 JORF 30 décembre 1999

⁶ Cf site cafr : le soutien au domicile des familles

⁷ Cf site <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F245.xhtml>

plus de 65 ans. Le certificat de prescription d'aide-ménagère est indispensable pour constituer le dossier du patient et seule une prescription effectuée par un médecin permet d'obtenir la prise en charge par l'assurance maladie⁷.

3. Prescription d'un arrêt de travail C. DUPOND

- **Fondement légal** : Art L 321-1 du CSS : la SF peut constater une incapacité physique pour une durée fixée par décret. Art D 331-1 et D 331-2 du CSS : les SF peuvent prescrire des AT à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique; la durée ne peut excéder 15 jours calendaires, sans renouvellement ni prolongation.
- **Dans quel cas et pour quels bénéfices ?**
 - Fatigue (liée au travail, transports, troubles du sommeil, troubles digestifs, contractions utérines sans effet sur le col) Contractions utérines, lombalgies et tout état clinique symptomatique, à la limite de la physiologie et susceptible d'évolution pathologique en l'absence de mesure thérapeutique.
- **Éléments de vigilance** : L'arrêt de travail est une mesure préventive, ayant valeur thérapeutique à condition que la femme

l'utilise pour un véritable repos, sa prescription nécessite donc d'être accompagnée de façon personnalisée pour aider la femme, si besoin, à accepter cet arrêt et à réorganiser sa vie quotidienne selon d'autres rythmes.

- **Indemnisation** : Cet AT ne relevant pas de l'assurance maternité mais de l'assurance maladie, les indemnités journalières seront donc moindres. De plus, si la femme est salariée du secteur privé, elle peut subir les jours de carence. Cette mesure peut donc être doublement pénalisante financièrement pour les femmes, alors qu'elle s'inscrit dans une visée préventive évitant l'installation d'une pathologie coûteuse. Enfin, cet arrêt de travail n'est pas renouvelable, s'il est utilisé en début de grossesse pour un état de fatigue fréquent à ce stade, seul l'arrêt maladie ou l'arrêt pour grossesse pathologique seront utilisables par la suite. Les femmes sont donc tentées de demander d'emblée un AT "pour grossesse pathologique" alors même que ce n'est pas le cas. La durée est quasi identique (14 jours) mais il est mieux indemnisé car pris en charge par l'assurance maternité.

La prescription de ce type d'AT peut donc être utilisée de façon "abusive", plus coûteux pour la SS et biaisant les statistiques, tant que l'AT de prévention autorisé aux SF est non renouvelable.

B. NÉONATOLOGIE : PRESCRIPTIONS AUX NOUVEAUX NÉS S. LAUPRETRE, M-L. CHARKALUK, C.DUPOND

Cf. dossier thématique 2011 du CNSF "La sage-femme et le nouveau-né : compétences et bonnes pratiques" Consultable sur www.cnsf.asso.fr

B1. Médicaments

Textes de référence

- Article L4151-1 du CSP : "l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique

des actes nécessaires au diagnostic... ainsi qu'à la pratique des soins postnataux concernant la mère et l'enfant."

- Article L4151-4 du CSP : Les SF peuvent 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.



La peau du nouveau-né est fine, fragile et perméable, la surface cutanée est disproportionnée par rapport au poids, et le système de détoxification est immature.

- Arrêté du 12 octobre 2011 annexe II, fixe la liste des classes thérapeutiques ou des médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des nouveau-nés.

Éléments conditionnant une prescription de médicaments au nouveau-né (NN) et sa mise en œuvre en maternité :

nouveau-né normal ou de petit poids, non malade, en maternité.

- La plupart des médicaments administrés en fin de grossesse retentissent sur le NN : troubles de la succion, apnées ou hypotonie après benzodiazépines, hypoglycémie ou bradycardie après bêta bloquants, insuffisance rénale, oligurie après AINS.
- De nombreux médicaments administrés en pédiatrie n'ont pas fait l'objet d'une évaluation spécifique chez le NN à terme (avant 1 mois) et/ou chez le prématuré. De manière générale, la tolérance des médicaments est meilleure chez l'enfant que chez l'adulte, mais le NN présente certaines particularités sur le plan pharmacocinétique : les capacités d'élimination (rénale et hépatique) sont réduites, et le volume de distribution est augmenté. Ainsi les doses rapportées au poids sont parfois plus importantes que plus tard dans la vie, mais l'espacement des prises est plus grand.
- L'enfant est particulièrement exposé aux erreurs d'administration, du fait de posologies réduites avec une forme galénique parfois peu adaptée, des dilutions nécessaires et du mode d'administration.
- La vigilance doit être maximale. La prescription doit toujours comporter le prénom, le nom, l'âge et le poids du NN. La dose est exprimée en mg/kg et en ml dans le cas de l'administration d'une forme liquide, avec espacement des prises.

Vidal Recos/ L'essentiel sur les recommandations thérapeutiques/ Médicaments en pédiatrie 21-7-14 [http:// www.vidalrecos.fr](http://www.vidalrecos.fr)

- L'administration des médicaments liquides aux NN est soumise aux recommandations 2011 de l'AFSSAPS en lien avec deux types de risque :
 - Fausse route lors de l'ingestion : chez le NN la déglutition est coordonnée à la succion, tout médicament liquide doit être administré lentement pour respecter cette physiologie.
 - Malaise en cas d'administration trop rapide.
- Recommandations :
 - Tenir l'enfant ½ assis au creux du bras, tête soutenue
 - Administrer le médicament avec le dispositif fourni avec le flacon, les autres sont inadaptés
 - Placer la pipette ou la seringue sous la langue : Si l'enfant tète, appuyer lentement sur le piston en calant le flux sur la déglutition. S'il ne tète pas, positionner la pipette-seringue à l'intérieur de la joue, dispenser très lentement le liquide par pressions successives (goutte à goutte) pour créer un réflexe de déglutition et se caler sur ce rythme.
 - **Déclarer tout effet indésirable au centre de pharmacovigilance.**

Classes thérapeutiques et médicaments autorisés aux SF en primo prescription: actualités, points de vigilance

1 - Les antiseptiques locaux

Chez le NN, la peau est fine, fragile et perméable, la surface cutanée est disproportionnée par rapport au poids, et le système de détoxification est immature d'où un risque de toxicité systémique à partir des produits mis au contact de la peau (antiseptiques, mais aussi topiques et cosmétiques). Fiches conseils pour la prévention du risque infectieux en pédiatrie - Antiseptiques en pédiatrie - CCLin Sud Est Mars 2009

Conseillés chez le NN : Chlorhexidine (Biseptine®), antiseptiques chlorés (Dakin Cooper® stabilisé, Amukine® 0,06%) pour antiseptie de la peau saine (avant prélèvement sanguin),

des muqueuses (avant pose d'un collecteur d'urines, sondage, ou recueil du jet urinaire), du cordon ombilical. Rappelons que la désinfection systématique du cordon ombilical est déconseillée (toxicité à long terme par passage transcutané). Il est préférable de nettoyer à l'eau et au savon, bien rincer et sécher à l'air.

Contre indiqués : Avant l'âge d'1 mois : l'alcool, les dérivés iodés. Avant 30 mois : le sulfate de cuivre et de zinc. Avant 3 ans : produits à base de camphre (alcool à 60° jaune), eucalyptol, menthol.

Déconseillés : les Ammoniums quaternaires, les Antiseptiques mineurs (Hexomédine®) Proscrire l'éosine : les colorants ne sont pas des antiseptiques, ils sont contre indiqués sur les muqueuses, comportent un risque de contamination et d'absorption à long terme, masquent l'inflammation et tachent.

Vigilance : Respecter la dilution des antiseptiques, le temps d'application et le rinçage, la validité. Sur peau lésée, l'utilisation d'antiseptique est discutée voire proscrite.

2 - Les anesthésiques locaux : crèmes ou patches / association de lidocaïne et de prilocaïne :

Emla® crème dermique : association de 2 anesthésiques locaux (Lidocaïne + Prilocaïne) pour anesthésie de quelques millimètres.

Patch : son dosage est incompatible pour les NN.

Indication : prévention de la douleur liée à l'effraction transcutanée lors des prélèvements sanguins

Contre-indications rares : méthémoglobinémie congénitale, utilisation concomitante de Bactrim®. Ne pas utiliser sur les muqueuses ou à proximité des yeux.

Mode d'emploi : déposer sur la peau une noisette de 0,5 à 1 g de produit (0,5 g avant 37 SA) en utilisant une seringue de 1 ml. Recouvrir d'un pansement occlusif ou d'un film alimentaire, ou d'une bande cohésive type Cohéban®, notamment sur les mains. Laisser en place 1h.

Résultat : Durée de l'analgésie 1 à 2h.

Une rougeur ou pâleur peuvent être notées à l'ablation mais sont régressives en 10 à 15 mn : attendre ce délai avant la ponction veineuse.

Utilisation : 1 fois/24h avant 37 SA. Pour le NN à terme possibilité d'utiliser 1 g /12h. Pédiadol-Juillet 2013 : modalités d'utilisation de la crème anesthésiante.

3 - Les antalgiques : paracétamol par voie orale ou rectale

- La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (loi Kouchner) art. L 1110-5, rend obligatoire l'identification, l'évaluation et la prise en charge de la douleur du patient. Tous les professionnels de santé sont concernés.

- Juin 2009 AFSSAPS : Recommandations de bonne pratique : la prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant, nécessite une grille d'évaluation de la douleur permettant une appréciation objective et une référence de départ.

- L'échelle EDIN (Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né) est un outil validé, simple et rapide, pour mesurer un état douloureux lié à une pathologie, un traumatisme ou des gestes invasifs répétés, chez le prématuré, le NN, et le nourrisson jusqu'à 6-9 mois. Elle n'est pas adaptée à la mesure d'une douleur aiguë. Elle cote 5 items (aspect du visage, posture corporelle, qualité du sommeil, disponibilité à la relation et besoin de réconfort) chacun noté de 0 (minimum) à 3 (maximum). Le score total est sur 15 et le seuil de traitement à 5.

Le paracétamol

Doliprane® : suspension buvable à 2,4% de paracétamol édulcorée au maltitol liquide et sorbitol, sans sucre. Le sirop de paracétamol est bien accepté.

Posologie : 60 mg/kg/jour en 4 prises orales par 24h maximum (Par voie IV la dose est divisée par deux, cette voie n'est pas utilisée en maternité).

Voie orale : Préparation : utiliser la pipette graduée du flacon avec repères de poids en kilo et ½ kilo de 3 à 13 kg, en fonction duquel on aspire la quantité de sirop. Si l'enfant est de poids inférieur à 3 kg, ne pas utiliser cette pipette mais une seringue graduée :
1 graduation kilo = 0,625 ml de suspension.
Administration : cf B1.

Voie rectale : suppositoires de 100 g de paracétamol, sécables, donc un ½ suppositoire convient pour un enfant de 3,3 kg. Cette voie est à éviter car inférieure à la voie orale dans toutes les études, mais elle peut éventuellement être utilisée en cas de vomissements incoercibles en absence de voie veineuse. L'effet antalgique est obtenu en 30 à 60 mn et dure 6h. Cette forme qui n'a pas sa place en maternité reste utile à domicile.

Ne pas décider de se limiter à une seule dose sans avoir réévalué la douleur en corrélant au score de départ : la douleur peut réapparaître avec des signes infra cliniques peu caractéristiques à la seule observation, dans ce cas poursuivre le traitement.

Le sirop de saccharose

La solution de saccharose à 24% et 30% ou le glucose à 30% déposé sur la langue et associé à la succion non nutritive ont un effet antalgique pour les gestes invasifs avec douleur modérée : prélèvement veineux ou capillaire, dont glycémie laquelle ne sera pas modifiée, injections I/M, S/C, ablation de pansements adhésifs, mobilisation d'un NN douloureux.

L'effet est obtenu en 1 à 2 mn et dure 5 à 7 mn. L'allaitement maternel a un effet comparable avec le même délai d'action (2 mn).

Toute préparation de saccharose, uni dose ou multi dose, doit être conservée au réfrigérateur 24h maximum, et toujours jetée après utilisation ou au-delà de 24h.

Administration :

- Installer le NN confortablement et le faire téter avant d'administrer la solution sucrée.

- Prendre 1 ml de solution dans la seringue, et en déposer 8 à 10 gouttes (0,4 à 0,5 ml), goutte à goutte sur la pointe de la langue, zone des papilles spécifiques de la saveur sucrée.
- Attendre impérativement 2 mn avant le geste douloureux.
- Faire téter une tétine à l'enfant pendant toute la durée du soin.
- Renouveler si le soin dure au-delà de 5 mn, maximum 6 à 8 fois/24h.

Les solutions sucrées ont un effet synergique avec les crèmes anesthésiantes, ne pas hésiter à associer ces moyens.

Et toujours la mère avec la voix, le toucher et.. le sein

4 - Les antifongiques locaux

NDLR : Article de dermato-pédiatrie non parvenu

Indication : candidose buccale (muguet) ou du siège.

Nystatine : Mycostatine® suspension buvable à 100000 UI/ml : 3 à 4 fois /j, après les repas, en badigeon à l'intérieur de la bouche (compresse imbibée de suspension) traitement : 7 à 14 j

Attention :

- Daktarin® gel buccal : depuis avril 2012, restriction de l'AMM, interdit avant 6 mois.
- Amphotéricine B : Fungizone® suspension buvable à 10% : à éviter car contient de l'alcool éthylique à 95% en excipient.

- Lorsqu'un érythème fessier banal évolue en dermite, celle-ci peut être d'origine bactérienne ou fongique. En cas de doute sur le type de colonisation ou de surinfection, se référer au médecin pour un traitement adapté.
- En cas de candidose buccale, surveiller les selles et le siège, et vérifier l'absence de candidose du mamelon si allaitement maternel

5 - Les collyres, antiseptiques, antibactériens et antiviraux sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs

En prévention systématique à la naissance ? Non sauf...

Novembre 2010 mise au point de l'AFSSAPS

La prophylaxie des infections conjonctivales du NN : une antibioprofylaxie des infections conjonctivales néonatales est recommandée en cas d'antécédents et/ou de facteurs de risques d'IST chez les parents. Cette thérapie est hors AMM en prophylaxie.

Une grossesse non ou mal suivie est considérée comme un facteur de risque d'IST. Dans ce cas, instiller à la naissance une goutte de Rifamycine® collyre dans chaque œil.

Utiliser un flacon par enfant traité.

- **Chez tout NN, devant des signes de conjonctivite** (secrétions purulentes, larmoiement sévère en 1^{ère} semaine de vie) : Aucune recommandation n'avait été émise par l'AFSSAPS en novembre 2010, ni depuis par l'ANSM, en faveur d'un prélèvement systématique des secrétions pour examen bactériologique et antibiogramme (recherche de gonocoque et chlamydia trachomatis), mais cette pratique reste néanmoins conseillée.

Le traitement est une prescription du médecin : collyre antibiotique à large spectre type Rifamycine® 1 goutte par œil, 3 x par jour / 5 jours, instiller dans le cul de sac conjonctival inférieur de l'œil en tirant légèrement la paupière vers le bas.

Si le traitement est adapté, l'amélioration survient en 48h mais le traitement est maintenu 5j. Dans le cas contraire, la suite du traitement relève de l'avis d'un médecin.

- **Il n'existe pas d'étude scientifique** montrant l'intérêt de l'instillation d'une goutte de colostrum, ou de lait maternel utilisés pour leur caractère bactéricide, en cas de conjonctivite néonatale.

6 - L'oxygène

Ce médicament couramment utilisé en maternité figure dorénavant sur la liste. Les équipements, l'administration, la surveillance de l'oxygénothérapie en milieu hospitalier relèvent de dispositions spécifiques qui ne seront pas développées ici.

7 - Les vitamines et sels minéraux par voie orale 7-1 - Les vitamines Vit K et Vit D

Vit K

Actualité ANSM du 19 septembre 2014 : modification du schéma posologique de la Vit K1 Roche 2mg/0,2 ml nourrissons, solution buvable et injectable dans le cadre de l'harmonisation européenne de l'utilisation de ce médicament :

- Nouveaux nés à terme, en bonne santé, sans risque particulier, traités par voie orale : le schéma recommandé est de 2 doses de 2mg dans les 7 jours suivant la naissance (1^{ère} dose à la naissance, 2^{ème} dose entre 2^{ème} et 7^{ème} jour), puis, dans le cadre d'un allaitement maternel exclusif 1 seule dose supplémentaire est recommandée 1 mois après la naissance. Cette 3^{ème} dose n'est pas justifiée en cas d'allaitement artificiel exclusif.
- Prévention chez les nouveaux nés à terme mais avec risques hémorragiques et chez les prématurés : situations où la Vit K est moins bien absorbée ou son métabolisme accéléré (mère traitée par antiépileptiques/ inducteurs enzymatiques, grande prématurité, pathologie hépatique du NN) : la posologie doit être établie selon les paramètres de la coagulation, allaitement maternel ou non, l'administration se fait par voie IM ou IV lente à la naissance. Ces recommandations toutes récentes sont susceptibles d'adaptation car la pratique d'injections IM, chez des NN non perfusés, en particulier prématurés, questionne les professionnels.
- Traitement de la maladie hémorragique du nouveau-né : posologie inchangée.



Chez le Nouveau-Né en bonne santé, la calcémie peut prendre quelques jours pour s'équilibrer.

- **Administration** : selon précautions habituelles pour les médicaments liquides per os. Attention, la vitamine K à une saveur amère non adaptée à la physiologie du NN : instiller le long de la joue et non sur la langue (risque de regurgitation et de fausse route).

Vit D

Une mise au point du Comité de nutrition de la Société Française de Pédiatrie propose en prophylaxie du rachitisme, la supplémentation per annuelle de tous les enfants jusqu'à 18 mois, + en saison hivernale jusque 5 ans, par :

- Zyma D^o : Vitamine D3 (Cholécalciférol)
1 goutte= 300 UI
- ou Sterogyl^o : Vitamine D2 (Ergocalciférol)
1 goutte= 400 UI
- ou Uvestérol D^o : Vitamine D2 (Ergocalciférol) dose L=800 UI, dose 1= 1000 UI, dose 2 = 1500 UI
- l'Uvesterol ADEC^o n'a pas d'intérêt en maternité, il est réservé à la grande prématurité et aux situations de malabsorption.

Posologies recommandées :

- 1000 à 1200 UI/j pendant toute la durée de l'allaitement
- 600 à 800 UI/j chez l'enfant de moins de 18 mois recevant un lait enrichi en Vit D3, ce qui est le cas pour toutes les préparations infantiles pour nourrissons.

Ces doses peuvent être augmentées dans certaines situations : forte pigmentation cutanée, absence d'exposition au soleil estival (affection dermatologique), pathologies digestives, rénale, certains traitements. En cas de reflux gastro-oesophagien, problèmes digestifs ou troubles de déglutition, l'Uvesterol^o ne doit pas être administré pur mais dans une tétine adaptée à l'enfant après dilution dans 2ml d'eau ou de lait selon le mode d'allaitement.

Laisser le NN téter doucement la tétine, lui retirer dès que vide, puis donner le sein ou le biberon.

7-2 - Les sels minéraux

Le calcium : chez le NN en bonne santé, la calcémie peut prendre quelques jours pour s'équilibrer (ajustement des apports alimentaires aux besoins, rôle de la calcitonine et PTH). L'hypocalcémie néonatale (Calcémie \leq 80 mg/l quels que soient l'âge gestationnel et le poids) n'est pas rare en maternité

- **Hypocalcémie précoce** : observable jusqu'à J4 (nadir à J2). La SF a un rôle dans le diagnostic clinique : agitation, irritabilité, trémulations voire convulsions sans gravité dans ce cas, le diagnostic différentiel à faire (facilement) avec l'hypoglycémie, la confirmation biologique, et la mise en œuvre du traitement qui associe alimentation efficace, apport de Calcium par gluconate de Ca et Vit D (prescription du médecin).
- **Tardive** : entre 5^{ème} et 10^{ème} jour, plusieurs causes possibles dont la carence maternelle en Vit D.

Le Gluconate de calcium (+ Vit D pour assurer la fixation du calcium sur prescription du médecin). En absence de forme orale pour le NN, on utilise par voie orale le soluté injectable à 10%, ampoules de 20 ml. Posologie : 10 à 15 ml/j/48h. Contrôle de la calcémie 12h après le traitement. En maternité c'est la forme orale qui est utilisée. L'utilisation en perfusion nécessite une dilution appropriée et une surveillance cardiaque continue (en service de néonatalogie). La saveur neutre étant bien acceptée, administrer à la seringue si l'enfant est allaité, sinon au biberon mais à part du lait.

8 - Les topiques à activité trophique et protectrice

NDLR : Article de dermato-pédiatrie non parvenu. Les topiques désignent des médicaments à usage externe, à différencier des cosmétiques (du grec kosmos : parure) qui sont des produits d'hygiène, de soin de la peau, de beauté et ne seront donc pas traités ici.

La peau du NN étant spécifique, fragile et perméable, les topiques doivent être :

- Efficaces : contenant des agents émollients et cicatrisants
- Non toxiques et non allergisants : attention+++ au camphre, eucalyptol, menthol, aux excipients et conservateurs, tels le phénoxyéthanol, les parabens, l'EDTA et sels de sodium, la lanoline...
- Pratiques d'utilisation : faiblement gras, non colorants

Hors pathologie dermatologique, les topiques sont utiles en maternité :

- Chez les NN dont la peau est très sèche et se fissurerait au cou, poignets, chevilles,
- En prévention et traitement des dermatites irritatives (érythème fessier), et de certaines dermatoses. Dans cette indication, tous n'ont pas l'AMM, par exemple Le Dexeryl® (glycérol, vaseline et paraffine liquide), traitement émollient remboursable, a l'AMM pour le "traitement des états de sécheresse cutanée de certaines dermatoses" telles la dermatite atopique, le psoriasis, les états ichtyosiques.

9 - Solutés pour perfusion : glucose de toute concentration, chlorure de sodium isotonique à 0,9%, gluconate de calcium à 10%

Les solutés de glucose

- La solution isotonique à 5% peut servir de vecteur à un traitement administré en perfusion.
- Le sérum glucosé à 10% peut être utilisé dans l'urgence pour la correction d'une hypoglycémie sévère. Il est idéalement administré IV, éventuellement peros (recours à une sonde gastrique si nécessaire) dans l'attente de la pose d'une voie veineuse. La posologie, de l'ordre de 2 à 3 ml/kg, est fonction de la prescription médicale. La poursuite du traitement par perfusion nécessitera le transfert de l'enfant. Il est préférable d'éviter le sérum glucosé à 30 %, responsable d'à coups trop importants dans la glycémie.
- Le chlorure de sodium isotonique à 0,9% est utilisé pour le remplissage en situation d'hypovolémie. Ceci concerne essentiellement la réanimation en salle de naissance. Il est aussi

utilisé pour les soins de propreté (yeux, nez).

- Le gluconate de Calcium à 10% sert à corriger l'hypocalcémie néonatale (cf 7-2). Utilisé par voie intraveineuse, il peut occasionner des troubles du rythme cardiaque et est très veino-toxique. La voie IV directe est formellement contre-indiquée. L'utilisation en perfusion relève des services de néonatalogie, avec une dilution appropriée et une surveillance cardiaque continue.

10 - Vaccins : vaccins et immunoglobulines anti-hépatite B, BCG

L'ensemble des vaccinations autorisées aux SF est présenté dans le D-Santé publique de ce chap III.

Concernant les NN :

Vaccin contre l'hépatite B et immunoglobulines anti-HBs

- Indication : Mère porteuse de l'antigène HBs ou statut inconnu par rapport à l'Ag HBs
- Statut maternel inconnu par rapport à l'Ag HBs : dosage de l'Ag HBs en urgence pour toute femme en travail si non réalisé en cours de grossesse.
- Injecter au nouveau-né le plus tôt possible (en salle de naissance) : Le vaccin (GENHE-VAC B ou ENGERIX B 10) et les immunoglobulines spécifiques anti HBs : 100 U en I/M, en un autre site que le vaccin.

Le BCG

- Depuis juillet 2007, le BCG n'est plus obligatoire en France dans les premiers jours de vie. Il est recommandé "dès la naissance" chez les enfants exposés à un risque élevé de tuberculose (Calendrier et recommandations vaccinales 2014).
- Sont considérés à risque élevé, les enfants qui répondent à au moins l'un des critères suivants : Définition du risque élevé sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_ministere_sante_2014.pdf

- Nés dans un pays de forte endémie tuberculeuse : Continent africain, asiatique y compris proche et moyen Orient, pays d'Amérique centrale et du Sud, d'Europe centrale et de l'Est y compris l'ex URSS. Dans l'Union Européenne : Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal. Dont au moins un des parents est originaire de l'un de ces pays.
- Devant séjourner au moins un mois d'affilée dans un de ces pays
- Ayant des ATCD familiaux de tuberculose (collatéraux et ascendants directs)
- Résidant à Mayotte, Guyane et Ile de France
- Dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux. Notamment enfant vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socioéconomiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME) ou en contact régulier avec adultes originaires de pays à forte endémie.

- **Contre-indications :** dermatoses étendues en évolution et situations de déficit immunitaire, comprenant les enfants nés d'une mère VIH+ tant que l'infection n'a pas été écartée. Il n'y a pas nécessité d'une IDR préalable quand le vaccin est administré avant l'âge de 3 mois.
- **La dose à administrer** jusqu'à 1 an est de 0,05 ml de la solution vaccinale reconstituée avec 1 ml d'eau pour préparation injectable.
- **Pour cette vaccination, la pose d'EMLA® ou génériques est contre indiquée**, une bonne contention de l'enfant est requise. Le vaccin est administré en intra dermique, à la face externe du bras. La zone vaccinale est recouverte d'un pansement sec à laisser 24h. L'évolution locale attendue est une papule et une possible collection purulente avec éventuel écoulement à expliquer aux parents.

Toute vaccination est à noter dans le carnet de santé de l'enfant avec le numéro du lot utilisé.

11 - Médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser en cas d'urgence et en l'attente du médecin

Adrénaline par voie injectable ou intratrachéale dans la réanimation du nouveau-né. L'administration d'adrénaline est indiquée lorsque malgré une ventilation et un MCE efficacement effectué, la fréquence cardiaque reste inférieure à 60 batt/mn. La voie intraveineuse est à privilégier. En absence d'abord veineux, la 1^{ère} dose d'adrénaline peut être administrée par voie endo trachéale. (Source SFAR – réanimation du NN en salle de naissance-Mai 2012).

Naloxone (Narcan®) La Naloxone n'est pas recommandée en salle de naissance pour les NN présentant une dépression respiratoire secondaire à l'administration de morphiniques chez la mère. Une assistance ventilatoire est préconisée jusqu'à récupération d'une fonction ventilatoire satisfaisante. (Source SFAR - Réanimation du NN en salle de naissance-Mai 2012)

B2. Examens complémentaires et actes médicotechniques

Textes de référence

- **Art L4151-1 du CSP :** L'exercice de la profession de SF comporte la pratique des actes nécessaires ainsi qu'à la surveillance et à la pratique des soins postnataux concernant l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L4151-2 à L 4151-4 et suivant les modalités du Code de déontologie art. L4127-1.
- **Art L4151-3 du CSP :** En cas de pathologie néonatale pendant les suites de couches, la SF doit faire appel à un médecin.
- **Art R 4151-4 du CSP :** Les SF peuvent prescrire les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession.
- **Art R. 4127-318 du CSP :** Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'art. L4151-1,1) la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques

nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage des pathologies concernant d) le nouveau-né
 2) La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer f) le dépistage des troubles sensoriels du NN. Dans le cadre des dispositions de l'art. L4151-3, la SF est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée. (Le nouveau-né n'est pas cité..).

Dès lors et selon ces textes, les SF peuvent-elles prescrire/réaliser les examens couramment pratiqués en maternité ?

- Examen clinique du NN : OUI c'est nécessaire.
- Prélèvements sanguins veineux périphériques et capillaires : OUI
- Prescription d'une échographie de hanches : OUI
 - En cas de suspicion clinique d'anomalie, l'échographie est préférable à la radiographie pendant les 4 premiers mois.
 - En cas de suspicion clinique (ressaut) à la maternité : faire vérifier l'examen par l'orthopédiste qui prescrira les examens complémentaires adaptés.
 - En cas de facteurs de risques (siège, région d'origine), sans anomalie clinique, prévoir une échographie de hanches à l'âge d'1 mois. La SF peut la prescrire, il est conseillé de la faire réaliser par un radiologue expérimenté.
- Prescription de photothérapie : NON, la photothérapie n'est pas préventive, c'est le traitement d'une pathologie. La prescription relève du médecin, mais paradoxalement et hors de toute réalité de notre exercice

hospitalier actuel lorsque la SF de suites de naissance est en charge des NN, elle n'est pas autorisée à exercer la surveillance clinique, ni prescrire la surveillance biologique, des NN ayant une pathologie identifiée tel l'ictère donnant lieu à une photothérapie, en particulier prescrire et/ou réaliser les bilirubinémies indispensables à la surveillance de l'ictère sous photothérapie.

- **Quid du Bilibed ?** L'enfant est en lit, l'appareil à photothérapie est placé sous le matelas, MAIS c'est toujours une photothérapie, donc ni prescription, ni surveillance.
- **Tests de Dépistage des Maladies Métaboliques (TDMM):** OUI, avec le consentement des parents. Consulter le site de l'AFDPHE (Association Française pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps de l'Enfant) <http://www.afdphe.org> Actuellement et selon la liste fixée par l'arrêté du 22 janvier 2010, 5 maladies sont dépistées : Phénylcétonurie, hyperplasie congénitale des surrénales, hypothyroïdie, mucoviscidose et drépanocytose pour les NN à risque. Malgré les conclusions très positives de la HAS (juillet 2011), le dépistage du déficit en MCAD (Acyl-Coa-Déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne) responsable d'hypoglycémie grave pouvant entraîner le décès, n'est pas encore intégré aux dépistages néonataux.
- **Dépistage de la surdité néonatale :** OUI (Arrêté du 23 avril 2012)

Et toujours tenir à jour le carnet de santé de l'enfant

C. CONTRACEPTION ET GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTION

C1. La contraception et les prescriptions des SF - N. DUTRIAUX

Depuis la prescription des diaphragmes et capes cervicales, que de chemin parcouru !

Les textes actuels

La loi HPST du 21 juillet 2009 a donné compétence aux SF de prescrire et de suivre la contraception des femmes en bonne santé dans le cadre de leur suivi gynécologique de

prévention, sous réserve d'adresser la femme au médecin en cas de situation pathologique.

L'annexe I de l'arrêté du 12 octobre 2011 (dernière version en date de février 2012) **fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les SF et portant abrogation de dispositions réglementaires confirme qu'elles sont autorisées à prescrire** les contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration.

L'arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les SF sont autorisées à prescrire a été modifié en janvier 2011 pour confirmer leur droit de prescription des dispositifs intra-utérins.

L'article 44 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé supprime "La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant". Les SF peuvent donc seules assurer le suivi de la contraception qu'elles prescrivent.

Le Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des SF précise dans l'art. R. 4127-318-I : Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1, la SF 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 :

- Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception.
- L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs.

Il s'agit là de la seule allusion législative aux implants contraceptifs. Toutes les polémiques antérieures sur les limites des SF quant à la pose et au retrait des implants étaient donc sans aucun fondement. Le seul point ayant créé confusion était l'autorisation de mise sur le marché de l'implant à l'étonogestrel dispo-

nible en France (Implanon® puis Nexplanon®) qui précisait alors que l'insertion et le retrait du dispositif devait être réalisé par un médecin alors que l'AMM européenne désignait un "practitioner". Or, en anglais, ce terme désigne bien un praticien et nullement exclusivement un médecin. Depuis, le résumé de caractéristique des produits désigne "le professionnel de santé". Celui-ci doit être familiarisé avec la technique de pose et de retrait préconisé par le laboratoire. La politique de gestion des risques juridiques du laboratoire a ainsi développé une formation spécifique qui atteste que le médecin ou la SF est bien "familiarisé" à la technique.

Cette formation est parfois présentée comme la seule reconnue par le laboratoire, mais elle n'est pas la seule reconnue par les autorités administratives et les assureurs. La loi française n'a jamais donné au seul laboratoire le monopole de former les prescripteurs de son produit.

Toute action de développement professionnel continu validée comme telle, ou les DU / DIU reconnus par le Conseil National de l'Ordre des SF (liste régulièrement actualisée dans Contact Sages-femmes, lettre trimestrielle du CNO diffusée à toute SF inscrite à l'Ordre), sont tout aussi valables pour démontrer que vous êtes "familiarisé(e)" à la technique de pose et de retrait.

L'actualité de 2013 sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération a conduit par ailleurs la Haute Autorité de Santé (HAS) à publier toute une série de documents et de fiches mémo pour rappeler les recommandations de bonnes pratiques quant à la prescription et à l'utilisation des contraceptifs disponibles en France.

L'ANSM, sur l'impulsion de l'Agence Européenne du médicament (EMA) après avis des experts européens (expertise à laquelle a participé le CNSF), a proposé notamment une checklist à utiliser avant toute prescription de contraceptifs oraux combinés (COC) et des équivalents (patch et anneau).

Textes de référence

- Site de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM): <http://ansm.sante.fr/> Dernière consultation 2 septembre 2014 : mises au point régulières sur les recommandations et les précautions d'usage.
- Site Internet de l'Agence Européenne du Médicament (EMA) : <http://www.ema.europa.eu/ema/> - Dernière consultation 2 septembre 2014.
- Site de la Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr Dernière consultation 2 septembre 2014 : accès à l'ensemble des fiches mémo, synthèse des recommandations en santé publique, focus sur les méthodes contraceptives disponibles en France, ...).
- Site Choisir ma contraception par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) : www.choisirscontraception.fr Dernière consultation 2 septembre 2014
- N. BAJOS, M. ROUZAUD CORNABAS, H. PANJO, A. BOHET, C. MOREAU, l'équipe FECOND, "La crise des pilules en France : vers un nouveau modèle contraceptif", Population et Sociétés, INED, N°511, mai 2014,
- Site Internet du CNSF : www.cnsf.asso.fr Dernière consultation 2 septembre 2014.
- CNGOF, communiqués de presse concernant les pilules de 3ème et 4ème génération, ainsi que Diane 35°, disponibles sur : http://www.cngof.asso.fr/data/CNGOF_communiques.html Dernière consultation 2 septembre 2014.

- Avant toute prescription de contraception, il convient au cours d'une consultation dédiée de rechercher d'éventuels facteurs de risques ou des contre-indications par une anamnèse la plus complète possible sur les antécédents familiaux et personnels de la patiente.
- L'examen clinique doit comprendre à minima un contrôle de la pression artérielle avant la prescription d'une COC ou d'un équivalent.
- En première intention, les COC de 2^{ème} génération seront privilégiés.
- Les COC de 3^{ème} et 4^{ème} génération ou les autres galéniques (patch et anneau) sont à réserver à une prescription de seconde intention pour adapter la contraception aux besoins de la patiente mais surtout pour améliorer sa tolérance et donc l'observance du contraceptif. C'est pour permettre cette adaptation qu'un vaste choix de compositions est disponible sur le marché.
- À la demande de l'ANSM, l'ordonnance devra faire apparaître la mention manuscrite, que "la recherche des facteurs de risque a été réalisée et que la patiente est informée des risques liés à ce type de contraceptif". Cette mention normalement réservée aux pilules de dernière génération devrait être systématique puisque les 1^{ères} et 2^{ndes} générations ont les mêmes contre-indications et les mêmes types de risques notamment thromboemboliques.
- De même, la prescription et l'insertion d'un implant contraceptif, d'un dispositif ou d'un système intra-utérin doivent répondre à la même rigueur en consultation : adapter l'anamnèse, l'information délivrée et l'examen clinique pour dépister les contre-indications propres à chacun.

Les mineures

Les dispositions spécifiques relatives à la prescription et à la délivrance des contraceptifs des mineures sont très clairement exposées sur le site ameli.fr/contraception des mineures, nous invitons les lecteurs à s'y reporter.

- La Loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) votée en 2012 prévoit dans son décret d'application publié en mars 2013 que les mineures de 15 à 18 ans bénéficient de la gratuité de la délivrance des contraceptifs REMBOUR-SABLES. Le secret médical doit être assuré dans tous les cas mais ne dispense pas la mineure de délivrer son identité pour la traçabilité du dossier médical.
- L'ordonnance dédiée fera apparaître la mention "CONTRACEPTION MINEURE" (son absence ne fera pas obstacle à la délivrance gratuite).
- Si la mineure souhaite conserver le secret de la délivrance : le pharmacien utilisera un NIR (Numéro d'Inscription au Répertoire des personnes physique = numéro de sécurité sociale) fictif et anonyme : 2 55 55 55 CCC 042 XX (de même type mais différent du code utilisé pour la contraception d'urgence) avec demande de tiers payant (code exonérateur EXO 3), et date de naissance exacte de la jeune fille. Un tel dispositif n'avait pas été prévu pour la consultation ni les examens de laboratoire, ni les actes techniques liés à la pose / retrait / changement des DIU, SIU et implant.

Le PLFSS 2013 et la loi adoptée en décembre 2013 imposent le recours au tiers-payant pour la part du régime obligatoire du tarif de la consultation chez un médecin ou une SF tout comme les actes techniques associés le cas échéant... Les biologistes sont aussi tenus d'assurer le tiers-payant pour les examens prescrits dans le cadre du suivi contraceptif. Ceci ne concerne que la part obligatoire. La part complémentaire reste donc due par la mineure.

Ce dispositif n'assure pas l'anonymat comme cela a été prévu pour la délivrance (sauf dispositions spécifiques annoncées lors de la publication du décret d'application en attente à la date de rédaction de ce texte).

Vignette Transmise par le Sou Médical : "Contraception du bord de mer", un cas réel survenu chez un praticien dont le cabinet est sur un lieu de vacances, ce pourrait être celui d'une SF...

Patiente non connue du médecin "suivie régulièrement et de longue date par son gynécologue à Paris, fumeuse 3-4 cigarettes/j, sous CO bien supportée", sans dossier puisque suivie à 800 km, consulte le médecin généraliste de son lieu de vacances (le seul médecin) pour prescription de pilule en urgence car a oublié sa plaquette à Paris. Examen clinique RAS, dernier bilan biologique "normal, le gynéco a reconduit la prescription". Le médecin généraliste prescrit donc. Quelques jours après, la patiente décède sur le lieu de vacances d'une embolie pulmonaire consécutive à une thrombose. Plainte du mari au pénal contre le gynécologue et le généraliste. Résultats non connus à ce jour.

C2. Le dépistage du cancer du sein : La prescription de mammographie par la sage-femme - Y.BADACHI

NDLR : En plein accord avec l'auteur, et en lien avec le caractère récent de l'exercice des SF en gynécologie de prévention, la prescription de la mamographie par la SF est abordée dans le cadre global du dépistage du cancer du sein qui la justifie.

1 - Introduction

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, le champ d'application du métier de SF s'est étendu. La SF est désormais en mesure de "pratiquer les actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage des pathologies concernant les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention".

Ce nouveau cadre légal fait donc de la SF un acteur à part entière dans le dépistage du cancer du sein, qui s'adresse à toutes les femmes, depuis l'âge de procréer jusqu'à la ménopause. Au-delà de cet âge, et hors pathologie, les femmes sont invitées à entrer dans le dépistage organisé proposé par l'Assurance maladie. Ce travail tentera d'apporter un éclairage sur

la prise en charge sénologique à mener pour ce dépistage, en particulier sur les différentes modalités de prescription de la mammographie.

2 - Épidémiologie

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers de la femme dans les pays industrialisés. En France 1 femme sur 8 sera confrontée au cancer du sein dans sa vie : en 2012, on estime à 48 763 les nouveaux cas de cancer du sein en France métropolitaine avec un âge médian de 63 ans au moment du diagnostic. Avec 11 886 décès par cancer du sein estimés en 2012 en France métropolitaine, c'est la première cause de mortalité par cancer. Pourtant, détecté à un stade précoce, le cancer du sein fait partie des cancers ayant un bon pronostic car il peut être guéri dans 9 cas sur 10.

3 - Consultation

La détection du cancer du sein en consultation de prévention devra comprendre un interrogatoire poussé, à la recherche d'antécédent sénologique et un examen clinique rigoureux à la recherche d'anomalie évocatrice de cancer du sein.

L'Interrogatoire repère les femmes à risque de développer un cancer du sein ayant :

- Des antécédents personnels de néoplasie mammaire.
- Un terrain familial de cancer du sein dans la lignée maternelle, cancer du sein chez le père (Ce cancer est rare et concerne 1% des cancers du sein).
- Des antécédents de cancer des ovaires. Il existe effectivement des mutations génétiques BRCA 1 et BRCA 2 qui associent les 2 types de lésions.

* Si un terrain familial est détecté, une surveillance spécifique et adaptée devra être mise en place selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et auprès d'une unité spécialisée en sénologie.

L'Examen clinique comprend l'inspection et la palpation des glandes mammaires et des creux

axillaires à la recherche d'éléments évocateurs de cancer du sein. La HAS préconise un examen clinique annuel pour toutes les femmes après 25 ans. Les signes cliniques à rechercher sont :

- Un nodule ou masse mammaire, dure, non douloureuse, fixé dans le sein.
- Une modification de la peau prenant un aspect en peau d'orange, cartonnée.
- Une déformation ou perte du galbe à l'inspection.
- Une modification du mamelon qui peut s'invaginer ou se présenter avec une croute.
- Un écoulement mamelonnaire sanglant ou verdâtre.
- Une rougeur, un œdème et une chaleur importante au niveau du sein qui peuvent être le signe d'un cancer du sein inflammatoire.
- Un ganglion dur au niveau des aisselles.

La présence de l'un de ces signes doit alerter et conduire à la réalisation d'examens paracliniques définis selon l'âge des patientes. Selon les résultats, les patientes seront orientées vers une équipe spécialisée pour une prise en charge adaptée.

4 - Examens para cliniques

La mammographie

Au cours d'une mammographie, sont réalisés : un cliché de face et un cliché oblique externe à 45° sur chaque sein. Selon les anomalies rencontrées, le radiologue peut et doit réaliser les clichés complémentaires qui permettent une meilleure caractérisation des lésions (clichés localisés sur des opacités, clichés en agrandissement sur des foyers de micro calcifications et cliché de profil strict afin de localiser une anomalie). Cette radiographie des seins acquise à partir de rayon X, est donc un examen irradiant.

La glande mammaire est d'autant plus sensible aux rayonnements ionisants qu'elle est jeune et dense. Donc pour les patientes jeunes (<30 ans), la prescription de la mammographie est limitée aux patientes présentant un examen clinique pathologique ou des antécédents familiaux.

L'échographie mammaire

L'échographie mammaire est une imagerie basée sur les ultrasons. C'est un examen non irradiant à destiner en première intention aux adolescentes, aux femmes jeunes (avant 30 ans), et aux femmes enceintes. Elle est systématiquement réalisée en complément de la mammographie lorsque les seins sont denses, ou lorsqu'une anomalie est détectée en mammographie. Elle permet l'exploration des glandes mammaires et des creux axillaires et la caractérisation des lésions kystiques et des masses et/ou nodules.

5 - Quand prescrire la mammographie ?

• **Si point d'appel clinique :** Quel que soit l'âge de la patiente, en présence d'un point d'appel clinique, il faudra adresser les patientes auprès d'équipes spécialisées pour une prise en charge personnalisée.

• **En absence de point d'appel clinique :** L'objectif de la mammographie est de détecter un cancer du sein à un stade infra-clinique. La taille du cancer est un facteur pronostic majeur. Détecté à un stade précoce, le cancer du sein peut être guéri dans 9 cas sur 10.

Le dépistage organisé du cancer du sein :

Organisé par les pouvoirs publics, ce programme est généralisé en France depuis 2004, et s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier et sans antécédent. Il répond à des normes strictes de qualité (surveillance régulière des équipements, double lecture des examens). A partir d'un fichier transmis par les caisses d'Assurance Maladie, les femmes sont invitées tous les deux ans à réaliser une mammographie et un examen clinique des seins auprès d'un centre de radiologie agréé qui s'engage à suivre un cahier des charges précis (consultable sur le site de l'HAS). Une liste des installations de radiologie habilitées de leur département est jointe à l'invitation. La participation au dépistage organisé peut également se faire sur prescription portant la mention "mammographie de dépistage".

Une controverse à propos du dépistage organisé est apparue dans les années 2000, remise au goût du jour depuis 2006 par diverses études et méta-analyses. Les débats concernent essentiellement les points suivants :

- Le sur-diagnostic et sur-traitement correspond à la détection de lésions cancéreuses qui n'auraient pas évolué durant la vie des patientes. Dans l'état actuel des connaissances scientifiques, il n'est pas possible de distinguer les cancers qui vont évoluer (majoritaires), de ceux qui n'auraient pas évolué. De ce fait, l'ensemble des cancers diagnostiqués est traité. Pour les cancers qui n'auraient pas évolué, cela correspond à un sur traitement. Le sur- diagnostic est donc inhérent à tout acte de dépistage. Le risque de sur-diagnostic varie entre 10 et 20 % des cas de cancers diagnostiqués par an.

- Les cancers de l'intervalle. On appelle cancer de l'intervalle, un cancer que l'on découvre avant la mammographie suivante. Il peut s'agir soit de cancers à croissance rapide soit de cancers présents mais non détectés lors de la précédente mammographie. Ces cancers sont rares et il n'est pas recommandé de réaliser de dépistage avec une périodicité inférieure à 2 ans. Elle exposerait les femmes à des doses cumulatives de rayons plus élevées et donc à plus de risques de cancers radio-induits. Les cancers radio-induits résultent de l'irradiation reçue au cours d'examens ou de traitements utilisant des rayons X, dont la mammographie fait partie. Malgré la controverse concernant l'intérêt du dépistage organisé, ce dernier reste la norme en France pour la tranche d'âge de 50 à 74 ans car il permettrait une baisse de la mortalité par cancer du sein de l'ordre de 15 à 20%. Pour la tranche d'âge de 40 à 49 ans, le dépistage organisé ne montre pas de réel bénéfice concernant la mortalité. En revanche il entraîne des effets délétères non négligeables, en particulier le risque de faux positif qui conduit nécessairement

à la réalisation d'examens complémentaires relativement anxiogènes pour les patientes. De ce fait, L'HAS ne préconise actuellement aucun dépistage systématique pour les femmes avant l'âge de 50 ans ne présentant pas de facteur de risque.

6 - Le compte rendu radiologique

L'analyse des images utilise la classification BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) de l'ACR (American College of Radiology). Cette classification nord-américaine est basée sur l'estimation de **la valeur prédictive positive de cancer (VPP)** des images détectées sur des examens radiologiques. Les anomalies décrites par le radiologue conduisent à un classement BI-Rads de l'**American College of Radiologie (ACR)** indiqué dans sa conclusion, et qui vont déterminer la conduite à tenir.

- ACR1 : Examen normal
- ACR2 : Il existe des anomalies mammaires bénignes (VPP de cancer =0).
- ACR3 : Il existe des anomalies mammaires (VPP de cancer < à 2%).
- ACR4 : Il existe des anomalies mammaires (VPP > à 2 et < 95 %).
- ACR5 : Il existe des anomalies mammaires (VPP >95 %).
- ACR0 : C'est une cotation temporaire d'attente car un complément d'examen est nécessaire.
- ACR6 : Cancer prouvé

7 - Conduite a tenir

À la réception des résultats, il conviendra de bien analyser le compte rendu afin d'orienter correctement les patientes. Nous allons détailler la conduite à tenir en fonction des conclusions des examens d'imagerie

- **Classification ACR1 et ACR2 :**
l'examen est considéré comme normal.
La conduite à tenir à proposer alors est

Références bibliographiques

- Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCA, Boulogne-Billancourt, janvier 2014.
- Haute autorité de santé. Recommandation en santé publique. La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France - Situation actuelle et perspectives d'évolution. Février 2012. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02-02_15-27-14_245.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/argumentaire-participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-02_15-27-14_245.pdf)
- Institut National du Cancer & Institut de veille sanitaire. Dépistage du cancer du sein : Que peut-on dire aujourd'hui des bénéfices attendus. INCA & InVS; 2006, 9 p. Téléchargeable sur http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_sein_inca/cancer_sein_inca_invs.pdf
- BI-RADS Breast Imaging Reporting and Data System) Atlas d'imagerie du sein. Mammographie. Deuxième édition française basée sur la 4^e édition américaine. Société Française Radiologie, Paris, 2004
- Prescrire rédaction. Mammographies et dépistage des cancers du sein. Rev Prescrire 2006; 272:348-74.
- Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. BMJ 2009; 339:b2587.

la poursuite du suivi gynécologique et du dépistage avec nouvelle mammographie à réaliser dans 2 ans.

• Classification ACR3, ACR4 et ACR5 :

L'examen présente une anomalie.

- Examen classé ACR3 : Une surveillance clinique et radiologique rapprochée est recommandée. Le premier contrôle a lieu entre 4 et 6 mois 2 fois, puis tous les ans pendant au moins 2 ans. La surveillance s'effectue, en principe, selon les modalités qui ont révélé l'anomalie et doivent être précisées sur le compte-rendu du radiologue. En présence de facteurs de risque élevé de cancer du sein ou si les conditions ne sont pas réunies pour permettre une surveillance (risque de non compliance, anxiété de la patiente), les anomalies doivent être explorées selon les recommandations du paragraphe suivant.
- Examen classé ACR 4 : l'examen présente une anomalie indéterminée ou suspecte Ces images doivent conduire à un prélèvement. L'arsenal diagnostique à la disposition des centres spécialisés se compose de ponctions à l'aiguille pour des études cytologiques, de micro biopsie sous échographie, et de macrobiopsie qui peuvent être réalisées sous guidage stéréotaxique, échographique ou IRM selon le type de lésion à explorer.
- Examen classé ACR 5 signifie qu'il y a une image très suspecte d'un cancer (> 95%) Il est recommandé de réaliser systématiquement une biopsie ou une exérèse chirurgicale. Les biopsies percutanées réalisées vont permettre de définir les modalités thérapeutiques.

Au total, lorsqu'un examen est classé ACR4 ou ACR5 par le radiologue, la prise en charge de ces anomalies doit se faire au sein de structures (publiques ou privées) spécialisées dans la prise en charge des lésions mammaires.

Lorsque l'examen est classé ACR3, dans la mesure où il existe une anomalie, la SF adressera la patiente au médecin. Mais peut-elle prescrire

le contrôle à 4 ou 6 mois ou doit-elle l'adresser avant, afin que le médecin prescrive le contrôle ? Cette question est probablement aussi à discuter avec la patiente. (NDLR)

Cas particulier de l'ACR0 : Un examen classé ACR 0 signifie que l'évaluation première est incomplète et nécessite des compléments d'examen (incidences complémentaires, agrandissement de calcifications, comparaison avec des imageries antérieures...). Les modalités d'explorations complémentaires doivent alors être détaillées par le radiologue.

Conclusion

La SF a une place dans le suivi gynécologique et de prévention du cancer du sein :

1. Dans la détection par l'interrogatoire des patientes à risque de cancer du sein
2. Dans la détection d'anomalie lors de l'examen clinique patiente (< 49 ans)
3. Dans le suivi gynécologique des femmes après 50 ans dans lequel la mammographie systématique s'intègre pour la détection des cancers du sein infra-cliniques.

Pour devenir un interlocuteur éclairé auprès des patientes, la SF se doit d'acquérir des connaissances et des compétences spécifiques, adaptées au domaine de la sénologie. Celles-ci permettront de détecter et sélectionner les patientes nécessitant d'être suivies par des équipes médicales pluridisciplinaires spécialisées pour une prise en charge précoce et adaptée.

C3 - Prévention du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin et la vaccination anti-HPV - G. ROBIN

- **Le cancer du col utérin** est un cancer potentiellement grave qui fait partie des 10 cancers les plus fréquents en France. On dénombre environ 3 500 nouveaux cas par an environ et l'incidence en France est estimée à environ 10/100 000 femmes. Le cancer du col utérin résulte d'une infection sexuellement transmissible d'origine

virale. Il implique un virus de la famille des papillomaviridae appelé HPV (Human Papilloma Virus). Près de 200 génotypes différents de ce virus ont été décrits. Certains types de virus présentent un pouvoir oncogène sur les cellules cervicales. L'HPV16 est retrouvé presque une fois sur deux en cas de dysplasie cervicale sévère. La prévalence du virus varie dans la population et dépend notamment de la tranche d'âge des patientes : 25 à 50% chez les femmes de moins de 25 ans et 5 à 15% chez celles âgées de plus de 35 ans. Dans la majorité des cas (60 à 90% des cas), ces infections virales vont évoluer spontanément favorablement en 8 à 14 mois. Les facteurs favorisant ces infections et leur récurrence sont maintenant bien déterminés : rapports sexuels précoces, nombreux partenaires sexuels, immunodépression, tabagisme, niveau socio-économique défavorisé, antécédent d'autres IST...

- **Le frottis cervico-utérin (FCU)** est un moyen relativement performant de dépistage des lésions cervicales précancéreuses afin d'envisager un traitement le plus précoce possible avant l'ultime transformation en cancer. Il est recommandé dès l'âge de 25 ans et jusque 65 ans. Il peut très ponctuellement être proposé avant 25 ans en cas d'aspect inflammatoire du col chez une patiente présentant des facteurs de risque d'infection à HPV ou de signes d'appel (métrorragies post-coïtales...). Des FCU peuvent être encore réalisés au-delà de 65 ans chez les patientes ayant eu des antécédents de lésions dysplasiques cervicales au cours de leur suivi ou en cas de signes d'appel (métrorragies post-ménopausiques). Néanmoins, ces situations qui sortent du cadre des règles du dépistage telles qu'elles ont été définies en population générale nécessitent une réflexion au cas par cas. En pratique on réalise donc un 1^{er} FCU à partir de 25 ans chez les patientes ayant déjà eu des rapports sexuels. Un second FCU est pratiqué l'année suivante. Si ces deux premiers FCU sont normaux, les autres seront réalisés tous les 3 ans jusque 65 ans en l'absence d'anomalie. En cas d'anomalies

cytologiques significatives constatées sur un FCU (ASC-US, L-SIL, H-SIL...), l'avis d'un gynécologue référent en pathologie cervicale est incontournable. Dans cette dernière situation, l'avènement des techniques de biologie moléculaire ces dernières années permet désormais à partir d'un simple prélèvement cervical de faire une recherche d'HPV au niveau des cellules cervicales et d'effectuer un génotypage viral (typage HPV) pour savoir s'il s'agit de virus ayant un pouvoir oncogène. Cette donnée est importante et conditionnera dans certaines situations la surveillance et les modalités de prise en charge de ces lésions cervicales par les gynécologues.

- **Des vaccins anti-HPV** ont également été développés pour optimiser davantage la prévention du cancer du col utérin. Le vaccin bivalent CERVARIX[®] permet de s'immuniser contre les virus HPV16 et HPV18 à l'origine d'environ 70% des cancers du col et responsables également de condylomes acuminés. Le vaccin quadrivalent GARDASIL[®] vise également les HPV6 et 11, non oncogènes, responsables de près de 90% des condylomes génitaux acuminés. Plusieurs études scientifiques ont confirmé une réduction du taux de lésions cervicales de haut grade précancéreuses chez les patientes ayant bénéficié d'un programme de vaccination optimale. En France, le CSHP (Conseil Supérieur d'Hygiène Publique) recommande l'utilisation préférentielle du vaccin quadrivalent "dans la perspective de la prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus ainsi que de la prévention des condylomes vulvaires, la vaccination des jeunes filles de 14 ans, afin de les protéger avant qu'elles ne soient exposées au risque de l'infection HPV". Il recommande également que ce vaccin "soit également proposé aux jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard, dans l'année suivant le début de la vie sexuelle; proposition qui pourrait être faite à l'occasion d'une primo-prescription de contraception, d'un recours à une pilule du lendemain, d'une consultation pour tout autre motif".

Références bibliographiques

- ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Recommandations pour la pratique clinique. Actualisation 2002.
- CNGOF. Recommandations pour la prévention du cancer du col de l'utérus. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2008 Feb ;37(1) suppl 1:S167-S172.
- Monsonog J. Cervical cancer prevention - current perspectives. Endocr Dev. 2012;22:222-9.
- Mouglin C, Bourgault-Villada I, Coursaget P. HPV immunization for the prevention of cervical cancer. Presse Med. 2009 Dec; 38(12):1750-68.
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Avis relatifs à l'utilisation du vaccin contre les infections à papillomavirus humains Cervarix[®]. 20 février 2014.
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Avis relatifs à l'utilisation du vaccin contre les infections à papillomavirus humains Gardasil[®]. 28 mars 2014.

Références bibliographiques

¹ Article L4151-4 du CSP, modifié par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 - Art.104 JORF du 11 août 2004

² Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique NOR : SANX 0300055L

³ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et aux territoires NOR : SASX0822640L

⁴ Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes. NOR : AFSH 1207454D

⁵ Article R4127-318 du CSP, modifié par le décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012

⁶ Article R4127-318 du CSP modifié par le décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 Art. 1

⁷ Article L415 1-1 du CSP modifié par la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 - Art. 38

⁸ Article R4127-313 du CSP, codifié par décret 2004-802 2004-07-29. Anciens textes : code de déontologie des Sages-femmes - Art. 13 (Ab)

⁹ Article R4127-314 CS*P codifié par 2004-802 2004-07-29. Anciens textes : code de déontologie des Sages-femmes - Art. 14 (Ab)

• La sage-femme est habilitée à prescrire et à effectuer la vaccination contre l'HPV.

Des études immunologiques ont permis récemment de modifier et de simplifier les schémas d'administration de ces deux vaccins dans certaines conditions (confère AMM des 2 vaccins). Le risque de présenter une maladie auto-immune (type sclérose en plaques) au décours de la vaccination n'est pas augmenté. Le rapport bénéfice-risque de ces vaccins reste considéré comme largement favorable par l'ensemble des sociétés savantes de gynécologie-obstétrique et de maïeutique. Enfin, dans l'état actuel des connaissances, le recours à la vaccination n'exclut en aucun cas le dépistage par FCU. Ces deux stratégies de prévention sont considérées comme complémentaires.

C4 - Prescription et pratique de l'échographie en gynécologie - C.DRAN

L'article L4151-4 CSP ¹ énonce que : "Les sages-femmes peuvent prescrire les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession..." Il n'y a plus de liste limitative depuis la loi de santé publique du 09 Août 2004² (article 104). Le seul critère retenu est le caractère nécessaire à l'exercice de la profession. De plus, la loi du 21 juillet 2009 ³ a modifié l'article L4151-1 CSP,

D - SANTE PUBLIQUE

D1 - Les Vaccinations - D. CAMUS

Les sages-femmes ont un rôle essentiel à jouer dans l'amélioration de la couverture vaccinale de la population : prescrire et administrer les vaccins qui leur sont autorisés, être capables d'en parler aux patientes et de gérer les controverses, réticences et refus, être à jour de leurs propres vaccinations.

Les SF peuvent prescrire aux femmes les vaccins contre les pathologies suivantes (sous forme monovalente ou associée)

permettant aux SF de pratiquer le suivi gynécologique de prévention. **La SF est donc habilitée à prescrire à une patiente une échographie lors de son suivi gynécologique de prévention.**

Le décret du 17 juillet 2012 ⁴, qui modifie l'article R4127-318 du CSP ⁵, autorise la SF à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de la pathologie concernant les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception et précise : "La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer l'échographie gynéco-obstétricale..." **La SF peut donc prescrire mais également pratiquer l'échographie gynécologique**⁶ dans la mesure où elle adresse la patiente à un médecin en cas de pathologie ⁷.

Formation : En l'absence de condition de diplôme, rappelons que la SF ne doit pas effectuer des actes dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle, et dépassent ses possibilités ⁸, ou faire courir un risque injustifié à sa patiente ou à son enfant ⁹. Ainsi il est recommandé de se former à la pratique de l'échographie et de consulter les programmes des DU d'échographie pour vérifier que ceux-ci comprennent une formation spécifique à l'échographie gynécologique.

dans le cadre de leur activité professionnelle :

tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche (vaccin acellulaire), rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B, grippe, affections liées au papillomavirus humain, infections invasives par le méningocoque C.

Elles peuvent également prescrire aux nouveaux nés : les vaccins et immunoglobulines anti-HBS chez les nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBS, le BCG.

Les recommandations vaccinales émises par le ministère de la santé font l'objet de mises à jour régulières sur la base des recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique. **Ne pas respecter les directives ministérielles en matière de vaccinations, que ce soit des obligations ou des recommandations, peut exposer le professionnel de santé à des conséquences graves.**

Synthese des recommandations vaccinales (2014)

Pour les femmes ayant un projet de grossesse, certaines vaccinations sont particulièrement recommandées en dehors des vaccinations recommandées en population générale (Hépatite B pour toute femme de 16 ans ou plus exposée au risque d'hépatite B ; Méningite C jusqu'à l'âge de 24 ans révolus).

- **Coqueluche** : avec le vaccin dTcaP (Boostrixtetra* ou Repavax*).
- **ROR** : les femmes nées depuis 1980 devraient avoir reçu 2 doses de vaccin ; celles nées avant 1980, non vaccinées contre la rubéole, 1 dose de vaccin. La vaccination est inutile si la femme a déjà reçu 2 injections de ROR, quel que soit le résultat sérologique. Toute grossesse doit cependant être évitée dans le mois suivant la vaccination.
- **Varicelle** : vaccination des femmes sans antécédent clinique de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse), après contrôle sérologique négatif. Toute grossesse doit cependant être évitée dans le mois suivant la vaccination.

Au cours de la grossesse

La vaccination contre **la grippe saisonnière** est recommandée à toutes les femmes enceintes, en période épidémique, quel que soit le trimestre de la grossesse, même en l'absence de pathologies associées. La vaccination contre **la coqueluche** n'est pas recommandée en cours de grossesse mais l'entourage familial peut être vacciné.

Certaines vaccinations sont particulièrement recommandées en post partum si elles n'ont pas été réalisées préalablement :

- **Coqueluche** : avec le vaccin dTcaP (Boostrixtetra* ou Repavax*). L'allaitement n'est pas une contre-indication à cette vaccination.
- **ROR** : la vaccination devra être pratiquée sans délai (qu'il y ait ou non allaitement) en cas de sérologie rubéole prénatale négative.
- **Varicelle** : la vaccination est recommandée aux femmes sans antécédent clinique de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse), après contrôle sérologique négatif, dans les suites d'une 1^{ère} grossesse

NB : une vaccination par un virus vivant atténué (ROR, Varicelle...) doit être reportée de 3 mois après la dernière injection d'immunoglobulines anti-D (Rhophylac®)

Concernant le nouveau-né

- **Hépatite B** : pour les nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs, la vaccination doit être entamée impérativement dès la naissance (3 doses : une à la naissance, puis à 1 et 6 mois) avec un vaccin autre que HBVAXPRO*5µg. La première dose est associée à l'administration d'immunoglobulines anti-HBs. Un schéma à quatre doses (naissance, 1, 2 et 6 mois) est recommandé pour les prématurés de moins de 32 semaines ou de poids inférieur à 2 kg.
- **BCG** : pour les enfants exposés à un risque élevé de tuberculose, la vaccination par le BCG est recommandée dès la naissance. (La définition de "risque élevé" est précisée dans le document http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_ministere_sante_2014.pdf).

Aspect medico-legal

Obligation d'information du patient, contenu et traçabilité de l'information

La sage-femme doit informer sa patiente des bénéfices liés à la vaccination contre la maladie sans occulter les possibles effets secondaires. Elle doit adapter son discours au niveau de compréhension de sa patiente et s'assurer qu'elle a bien compris les informations qui lui ont été communiquées. Elle indiquera dans le dossier médical qu'elle l'a informée des risques et que la patiente a accepté de se faire vacciner en connaissance de cause. Le respect des directives ministérielles représente une protection du professionnel de santé en cas de survenue d'un effet indésirable pour lequel la patiente réclamerait une indemnisation.

Refus d'une vaccination recommandée : comment réagir ?

Il faut d'abord identifier les raisons du refus, toujours rappeler les bénéfices liés à la vaccination et que les effets indésirables sont rares, voire très rares, apporter une réponse scientifiquement étayée, consigner le refus dans le dossier médical et envisager la signature d'une décharge, ne jamais rédiger de certificat de complaisance.

Pour en savoir plus, consulter :

- Le calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_ministere_sante_2014.pdf fr
- Le Haut Conseil de la Santé Publique/Comité Technique des Vaccinations : <http://www.hcsp.fr>
- Le CRAT : Centre de référence des agents tératogènes <http://www.lecrat.org>
- Infovac-France : <http://www.infovac.fr>
- mesvaccins.net : <http://www.mesvaccins.net>

D2 - Violences aux femmes et aux enfants C. BLANCHOT-ISOLA, C. DUPOND, SF ET SERVICE JURIDIQUE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES.

1 - Terminologie

- **La violence faite aux femmes désigne** tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de

causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée¹ Cela concerne 4 millions de femmes en Europe, dont 201 000 femmes en France

- **La violence faite aux enfants désigne** les mauvais traitements physiques ou psychologiques infligés à un enfant ou des faits de négligence quant aux besoins liés au développement de ce dernier, par un parent, un tuteur ou une personne qui en prend soin, entraînant ainsi ou pouvant entraîner des blessures ou des effets néfastes sur les plans physique, affectif ou psychologique.

2 - Nos obligations

Tout professionnel de santé, toute SF, confrontés à une situation de maltraitance ou de violence à l'encontre d'une patiente et/ou d'un enfant se doit de réagir :

- Obligation déontologique : article R.4217-315 et R.4127-316 du CSP
- Obligation citoyenne : articles 226-3 et 434-3 du Code pénal.

3 - Reconnaître-dépister les violences : dans quelles circonstances ?

Concernant les femmes

- La patiente se confie (rare)
- La SF constate des lésions (rare), et/ou est témoin du comportement violent du conjoint.
- Elle suppose, pressent, a la conviction que la femme fait l'objet de violences : sa vigilance est attirée par une femme qui ne prend pas correctement son traitement, manque ses rendez-vous, ne consulte pas quand elle en a besoin, rentre précipitamment à son domicile ou ne peut pas attendre, consulte toujours avec son conjoint, ce dernier

parle à sa place, qui n'a pas fait ce qu'il fallait lors d'une crise aiguë de sa pathologie, dont la pathologie se déséquilibre ou s'aggrave...

- Elle dépiste les situations de violence de façon active, avec des outils et des questions simples favorisant la parole de la victime qui relate alors des violences vécues.

Concernant les enfants

- La SF relève en consultation ou à domicile, un défaut de soins ou d'éducation, des comportements violents (propos, gestes) de la part d'adultes dans l'entourage des enfants, un environnement à risques voire dangereux pour la sécurité physique et psychologique de l'enfant.
- Elle constate des traces de violences.

4 - Quand réagir ?

- La réaction de la SF doit être proportionnée à la gravité de la situation rencontrée : de l'orientation de la victime jusqu'au signalement aux autorités judiciaires.
- Concrètement, lorsqu'une SF constate qu'un enfant ou une femme est victime de sévices, elle est tenue de lui porter assistance dans les limites de ses moyens.
Selon l'article R 4127-316 alinéa 1^{er} de notre code de déontologie : "... elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection."

Plus particulièrement s'agissant d'un enfant en danger ou d'une femme en situation de vulnérabilité, la SF est tenue de réagir.
Article R.4127-316 alinéa 2 du CSP : "s'il s'agit d'un enfant mineur ou d'une femme qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, elle doit, sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives "

- Pour autant, et au vu du nombre de victimes, prudence n'est pas frilosité, et la circonspection est une qualité professionnelle renvoyant à la capacité de faire preuve de prudence et par là même d'apprécier objectivement les situations.

Orienter, transmettre, alerter, signaler n'est pas de nature à mettre en cause la SF tant sur le plan judiciaire que disciplinaire. Dès lors que la SF a agi dans l'intérêt exclusif de la femme et/ou de l'enfant, qu'elle n'a impliqué aucun tiers dans sa démarche et qu'elle n'a pas pris position face à la situation constatée, elle ne peut être inquiétée.

La femme enceinte est-elle à considérer comme particulièrement vulnérable ?

La femme enceinte, de par son état physique et du fait de l'enfant qu'elle porte et qu'elle a le réflexe de protéger, est considérée comme n'étant pas en mesure de réagir efficacement à une agression. L'état de grossesse peut donc constituer un état de vulnérabilité.

La vulnérabilité est une notion consacrée par le législateur pénal mais également définie par la jurisprudence. Appréciee au cas par cas, elle est susceptible d'aggraver les charges à l'encontre d'un agresseur (on parle alors de circonstances aggravantes).

5 - En pratique

Améliorer et contribuer à la prise en charge des victimes, être le relais d'une meilleure information, collaborer avec les autres professionnels de santé mais également les acteurs des milieux socio-éducatifs et judiciaires constituent le rôle fondamental des SF dans le circuit d'alerte des femmes ou enfants victimes de violences.

La SF constitue avant tout un relai dans les mécanismes de repérage des victimes de violence. Pour ce faire, elle dispose de plusieurs moyens mis à sa disposition :

5.1 - Des aides

- Afin d'informer, d'orienter, de protéger la patiente et éventuellement ses enfants, la SF peut se rapprocher d'autres professionnels de santé comme un médecin généraliste, une assistante sociale, une conseillère conjugale et familiale, des personnels d'une unité médico-judiciaire (UMJ) hospitalière proche, des services de PMI, du commissariat, des associations locales (aide aux victimes, hébergement, soutien et accompagnement).
- Des sites internet sont disponibles :
 - Le site du gouvernement français <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/> s'adresse aux femmes victimes et aux professionnels de santé et indique des numéros d'urgence, d'écoute et d'orientation, et les listes d'associations locales et nationales.
 - L'institut de l'humanitaire www.sivic.org propose une méthodologie pratique rappelant les règles suivantes : interroger directement et clairement, créer un climat de confiance, recevoir la patiente seule et faire sortir sa famille, n'avoir aucun préjugé ou jugement de valeur.
 - L'association "mémoires traumatiques et victimologie" www.memoiretraumatique.org dispense des conseils pour les personnes victimes et professionnels de santé : que faire, droit des victimes, prise en charge, les ressources, la procédure judiciaire.
- Dédié aux enfants : Le CRIP : Cellule départementale de Recueil, de traitement et d'évaluation de l'Information Préoccupante, créée dans chaque département par la loi du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'Enfance.

La CRIP est en général pluridisciplinaire, composée d'un pôle social et d'un pôle administratif. Elle est placée sous la responsabilité du Président du Conseil général.

5.2 - La rédaction d'un certificat médical

Rappel des textes

Article R.4127-333 du CSP : "L'exercice de la profession de SF comporte normalement l'établissement par la sage-femme, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Les prescriptions, certificats, attestations ou documents doivent être rédigés en langue française, permettre l'identification de la sage-femme et comporter sa signature manuscrite. Une traduction dans la langue de la patiente peut être remise à celle-ci".

Face à une situation de violences ou maltraitance, une SF peut être amenée à établir un certificat médical. La rédaction d'un tel document pourra faire suite à une demande spontanée de la victime. S'il s'agit d'une demande spontanée émanant d'un tiers de la victime (un ami par exemple) la SF devra refuser d'acquiescer à une telle demande.

Le certificat médical est une pièce essentielle du dossier de la victime dans le cadre de procédures judiciaires permettant d'éclairer le magistrat sur les suites à donner et l'opportunité de poursuites.

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de toujours répondre à une demande d'établissement de certificat médical, qu'elle émane d'une victime ou des autorités judiciaires. La HAS propose une recommandation très exhaustive sur la rédaction ainsi que des modèles destinés aux médecins dont la SF pourrait s'inspirer². Si une procédure judiciaire est engagée par la victime, le certificat médical pourra constituer un mode de preuve ayant alors valeur médico-légale, et sera dès lors dénommé certificat médical initial (le certificat constituant le premier élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider des suites à donner). À ce titre, la rédaction d'un tel certificat engage

la responsabilité de son rédacteur (l'agresseur pourra porter plainte à l'encontre du professionnel : par exemple, quand ce document vient à charge lors d'une procédure de divorce ultérieure aux faits). La SF ne doit donc jamais délivrer un certificat médical sans avoir vu ou examiné la patiente et/ou l'enfant. Par ce document, la SF atteste de l'existence des signes présentés par la victime (signes de lésions traumatiques, ou lésions, signes de souffrance psychologique)

Elle doit établir un constat objectif de ce qu'elle observe, ne jamais se prononcer sur la réalité des faits qui lui sont rapportés, ne jamais les interpréter et n'impliquer aucun tiers. Elle peut rapporter les dires de la patiente sur les faits en utilisant un mode déclaratif et des guillemets. Le certificat doit être descriptif et détaillé mais toujours objectif, il peut être étayé avec des schémas ou des photographies, avec l'accord de la victime. Le certificat doit être rédigé en langue française, permettre l'identification de la SF et comporter sa signature manuscrite.

Une traduction dans la langue de la patiente pourra être remise à celle-ci. Le certificat médical doit toujours être remis en mains propres à la victime qui en a fait la demande ou à son représentant légal dans la mesure où celui-ci n'est pas impliqué dans la commission des faits. Une copie du certificat doit être conservée par la SF.

Complément : les notions d'Incapacité Totale de Travail (ITT) et d'Arrêt de Travail (AT)

- **L'incapacité totale de travail (ITT)** se définit comme la durée pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer...). Une femme enceinte, un enfant, une personne non active ou active professionnellement, pourra faire l'objet d'une ITT. L'ITT contribue à la qualification d'une infraction pénale et donc de l'échelle de la peine prononcée à l'encontre de son auteur

(ex : violences volontaires).

L'ITT est une notion issue du droit pénal. Elle ne doit pas être confondue avec la notion d'arrêt de travail ni avec celle d'ITT au sens civil, laquelle vise à graduer l'indemnisation de la victime et est désormais dénommée déficit fonctionnel temporaire.

- **L'arrêt de travail** : il traduit le degré d'incapacité professionnelle de la victime du fait de son état physique ou psychique. Sa durée peut être différente de celle de l'ITT. L'AT a valeur pour les caisses d'assurance maladie, et permet d'indemniser la victime à ce titre (indemnités journalières).
- * **Sur demande d'une patiente, une SF peut être amenée à établir un certificat médical portant évaluation d'une ITT. Face à une telle demande, il est vivement recommandé pour la SF d'adresser la patiente à un médecin ou encore aux services d'urgence, lesquels seront davantage à même de qualifier une ITT et d'évaluer sa durée.**

5.3 - La transmission d'une information préoccupante à la CRIP : enfant en situation de danger ou qui risque de l'être :

Dans ce cas, il est recommandé à la SF de transmettre une information dite "préoccupante" à la **CRIP** (Cellule Départementale de Recueil, de traitement et d'évaluation de l'Information Préoccupante). La CRIP est chargée d'évaluer toutes les informations dont elle est destinataire. Elle peut dès lors soit mettre en place des mesures de protection de l'enfant, une action médico-sociale, soit signaler elle-même la situation de l'enfant au Procureur de la République.

La SF ayant connaissance d'une situation où un mineur est en danger (défaut de soins et / ou d'éducation), doit prendre contact avec la CRIP pour exposer cette information préoccupante par téléphone, ou éventuellement par courrier postal et non par certificat médical,

Références bibliographiques

- ¹ Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes, adoptée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies, novembre 1993.
- ² Haute Autorité de Santé (HAS). Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Recommandations de bonne pratique. Octobre 2011.
- ³ Lettre juridique. Le secret professionnel de la sage-femme et la justice pénale. Contact sages-femmes n°36 octobre 2013
- ⁴ Lettre juridique. La sage femme face aux situations de maltraitance. Contact sages-femmes n° 39 juillet 2014

adressé au médecin de la CRIP sous pli confidentiel, ou simple courriel postal adressé à la CRIP mais ce dernier ne devra contenir aucune information médicale. Concrètement la SF prend contact avec les services de la CRIP puis sera si possible mise directement en relation avec le médecin de la CRIP.

La SF doit en informer les représentants légaux de l'enfant (parents, tuteur) sauf si cela est contraire aux intérêts de l'enfant. La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier, l'analyse de la situation du mineur permettant ensuite de définir d'éventuelles responsabilités de l'entourage.

5.4 - Informer directement les autorités d'une situation grave rencontrée par une femme et/ou son enfant : le signalement

Le signalement est un terme juridique réservé à la transmission au Procureur de la République de faits graves nécessitant en urgence des mesures appropriées dans le seul but de protéger la victime, adulte ou mineur. Sa finalité est de permettre aux autorités compétentes d'ouvrir une enquête pénale afin de poursuivre les auteurs d'actes graves.

La SF devra établir ce signalement sur un document écrit daté et signé, précisant son identité professionnelle (nom, prénom, numéro professionnel). Les mentions figurant sur le document doivent permettre l'identification de la SF. Elle peut utiliser un papier vierge ou le papier à en-tête de son service ou de son cabinet dès lors que toutes les mentions précitées y figurent. Elle devra en conserver un double.

Le signalement a pour objet de décrire objectivement les signes cliniques présentés par la femme ou l'enfant. Les paroles tenues

par la patiente ou l'enfant peuvent être retranscrites entre guillemets. Enfin, sans faire référence à un tiers et sans porter de jugement sur les faits, la SF pourra faire état de sa conviction, par exemple que la femme et/ou l'enfant est "très probablement victime de sévices graves".

Le signalement doit être adressé par écrit au Procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel de la victime, ou à défaut, aux services de police et de gendarmerie. **Une permanence des tribunaux est assurée 24h/24 et les services de police et de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats en permanence.**

En cas d'urgence, le signalement peut être fait par téléphone ou fax, mais il devra dans un second temps être doublé par écrit. En cas de doute, les services judiciaires pourront orienter la SF quant au formalisme du signalement

Pour s'aider dans la rédaction d'un signalement, la SF peut s'inspirer du document type élaboré par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Le signalement ne doit jamais être remis à un tiers, y compris à un parent de la victime.

5.5 - Mémo ^{3,4}

Doivent être distingués :

- **L'attestation** : elle n'est pas réservée aux professionnels de santé mais peut être rédigée par tout citoyen. Son contenu n'est pas uniquement médical.
- **Le certificat médical** : seules les professions médicales sont habilitées à les rédiger conformément aux règles propres de chacune des professions. Le contenu est de nature médical. Des termes non médicaux peuvent toutefois être retransmis sous forme déclarative et entre guillemets.

- **L'acte de signalement (mineur et majeur) :** il permet la transmission d'une information au Procureur de la République en cas de situation présentant un certain degré de gravité.
- **L'acte de transmission d'une information préoccupante à la CRIP (mineur) :** il permet de transmettre à la CRIP toutes les informations relatives à la situation d'un mineur en danger ou qui risque de l'être (information de nature médicale ou non).

Chacune de ces notions doit être distinguée et lors de la réalisation de l'une d'elles la SF devra prendre toutes les précautions requises.

FOCUS sur le secret professionnel :

Lors de la réalisation de l'un des actes ci-dessus exposés, la sage-femme sera tenue de respecter le principe du secret médical ou s'inscrire dans l'une des permissions légales (article 226-14 1° du code pénal et des règles relatives au partage du secret médical entre professionnels de santé).

A. DES ÉVOLUTIONS NÉCESSAIRES C. DUPOND

L'étude menée dans ce dossier concernant le droit et le champ de prescription des SF, confirme bien que l'accès à nos textes de référence et leur maîtrise dans l'exercice quotidien reste complexe et peut induire des distorsions :

- Existence de paradoxes d'un texte à l'autre nécessitant des recherches complémentaires par croisements de textes, mais ne permettant pas toujours de répondre aux interrogations.
- Empilement des versions successives des textes, rarement toilettés en amont, encombrant et complexifiant leur recherche, leur lecture et leur compréhension.
- Décalage par rapport à l'évolution rapide des pratiques en obstétrique, néonatalogie, gynécologie de prévention et contraception.

S'y ajoutent les conditions d'exercice propres

au secteur hospitalier, le cercle vicieux des glissements de tâches et le brouillage qui en résulte dans les pratiques des SF, les conduisant le cas échéant à prescrire en deçà ou au-delà de leur champ de compétence.

Dans ces conditions, et concernant les prescriptions, trois questions se posent :

- Le cadre légal d'exercice des SF est-il susceptible d'évolutions à court terme ?
- La nouvelle organisation de la formation initiale des SF, favorise-t-elle la préparation à la réalité de l'exercice professionnel et des différents types d'exercice ?
- Comment la formation continue peut-elle contribuer à ce que les SF en exercice, en particulier hospitalier, assurent constamment, quel que soit le contexte, le niveau de compétence et d'autonomie attendu ?

B. PROPOSITIONS

B1. CONCERNANT LE CHAMP DE COMPÉTENCE DES SAGES-FEMMES ET SON CADRE LÉGAL :

1.1 - Rôle du conseil national de l'Ordre des sages-femmes (Source CNO- Novembre 2014 / C. Dupond)

L'évolution des pratiques et des connaissances scientifiques, tout comme les mutations de notre société, appellent constamment à des interrogations sur le droit en vigueur. Au cours de ces dernières années, le métier de SF s'est enrichi en contenu et ouvre à des activités plus diversifiées, à des responsabilités plus affirmées. Cette transformation est rapide et ce changement apporte des opportunités, lesquelles se situent principalement dans les possibilités de diversi-

fication des activités et dans le développement quantitatif de l'emploi libéral, notamment dans le domaine de la gynécologie de prévention et la contraception.

Au regard de ces évolutions, plusieurs axes de réflexion sont aujourd'hui à l'étude au sein du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes dont certains pourraient se concrétiser à l'occasion de l'examen du projet de loi de santé.

Présenté en Conseil des Ministres le 15 octobre par Marisol Touraine, le projet de loi de santé prévoit, notamment, de renforcer le rôle des SF en matière de prévention et d'étendre leurs compétences en matière d'IVG médicamenteuse. Les SF se verraient également confier la possibilité de vacciner l'entourage des femmes et des nouveau-nés : père, fratrie,



Le rôle des sages-femmes est inestimable et incontournable pour améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés.

grands-parents et personnes impliquées dans la garde de l'enfant. Enfin, les mesures relatives à la lutte contre le tabagisme prévoient que la prescription de substituts nicotiques par les SF, déjà autorisée à l'égard des femmes enceintes, soit élargie à leur entourage.

Ce projet de loi sera aussi l'occasion, pour le Conseil national, d'interpeller le législateur sur la nécessité de mettre en œuvre les dispositifs de politique de santé publique en adéquation avec la volonté affichée de donner la priorité à une approche préventive. D'autant que, au regard de la situation actuelle, il est impossible de répondre de façon optimale aux besoins de santé que connaissent l'ensemble des femmes vivant sur notre territoire.

Les SF ayant un rôle important dans la prévention primaire et l'éducation à la santé, non seulement pour les patientes mais aussi pour leur famille, il faut se pencher rapidement sur la nécessaire modification du cadre légal de leur exercice afin de conforter leur rôle.

Par ailleurs, la prise en charge de la périnatalité va connaître en France de profonds bouleversements dans les prochaines années. Les conditions légales de ces évolutions sont déjà à l'œuvre avec, notamment, l'ouverture des "maisons de naissance", la création d'unités physiologiques dans les maternités, la mise en place du PRADO, voire la multiplication de l'ouverture des plateaux techniques des établissements de santé aux SF libérales.

Ces évolutions auront inévitablement des répercussions sur l'activité des SF et, ce, quel que soit leur mode d'activité. Le Conseil national veillera à faire adapter les différents textes à ces nouvelles pratiques.

1.2 - Contribution des organisations professionnelles des SF en date du 21 Octobre 2014 :

Texte de l'ANESF, ANSFC, ANSFL, CNEMa, CNSF, ONSSF et UNSSF, sous le titre " Sage-femme, praticien de 1er recours" consultable sur le site du CNSF : www.cnsf.asso.fr.

Se référant aux études internationales et aux preuves scientifiques de haut grade confirmant le rôle inestimable et incontournable des SF pour améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés, rappelant l'avis de la Cour des Comptes en faveur du rôle des SF dans le système de soins, les organisations professionnelles de SF revendiquent que la politique de santé valorise effectivement la place des SF comme praticien de 1^{er} recours dans le parcours de soins des femmes.

Pour permettre aux SF de mieux exercer leurs compétences auprès des femmes et des nouveau-nés (sans nécessairement les élargir) les demandes s'inscrivent dans une démarche globale, celle d'une politique de santé assurant la prise en charge coordonnée de la santé des femmes, impliquant des modifications législatives, à porter au Code de la Santé Publique et au Code de la Sécurité sociale.

Code de la santé publique

- Créer un chapitre préliminaire au titre V du Livre 1^{er} du CSP intitulé "Participation des SF aux soins de 1^{er} recours" et définissant leurs missions à cet effet.
- Réviser les articles des compétences et autonomie des SF pour que "Consulter une SF ne pénalise pas les patientes dans le cadre du parcours de soins", en particulier les articles L 4151-1 à L4151-4.
- Supprimer les listes de prescription à l'instar des chirurgiens-dentistes qui "peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire"
- Améliorer la prévention et l'éducation pour la santé des femmes enceintes : révision de l'art. L 2122-1 entraînant une cotation spécifique pour l'entretien prénatal précoce et créant un entretien postnatal au cours du 1^{er} mois avec cotation spécifique.
- Améliorer la santé génésique avec création dans la 2^{ème} partie du Livre III Titre 1^{er} d'un

chapitre III "Incitation à l'information préventive et à la contraception chez les jeunes filles" avec mise en place d'une consultation d'information sur la contraception chez la jeune fille dès 16 ans, associée à la prévention des IST et des conduites addictives, prise en charge à 100% par l'assurance maladie.

- Faciliter l'accès des SF libérales au plateau technique des établissements de santé en les intégrant dans les articles R.6146-23 et R.6146-24 dont elles étaient paradoxalement absentes.
- Réviser les articles relatifs à l'Interruption volontaire de la grossesse par voie médicamenteuse en y intégrant les SF dans les mêmes conditions que les médecins, et en veillant particulièrement à la cohérence de l'ensemble des articles L.2212-10-1 ; L.2212-1, 2, 3, 5, 6, 7, 8,10 ; L.2222-2, concernant la place et le rôle des SF.

Code de la Sécurité sociale

- Permettre aux SF l'orientation des patientes vers les médecins spécialistes selon la pathologie dépistée sans qu'elles soient pénalisées dans leur prise en charge. La révision de l'article L.162-5-3 devrait permettre que certaines dispositions relatives à la coordination des soins, au parcours de soins et intervention de la SF libérale, pourtant inscrites dans la Convention nationale des SF libérales signée en 2007, soient effectivement appliquées.
- Permettre la prescription d'arrêt de travail par la SF dans le cadre du suivi à bas risque, sans pénaliser la femme d'avoir choisi une SF par la révision des art. L.321-1, D.331-1 et D.331-2, R.331-6.

Ces modifications législatives devront être accompagnées dans le même temps des mesures conventionnelles permettant aux SF la cotation de ces actes.

B2. LA FORMATION INITIALE

M. RIVIERE, SF directrice des écoles de SF de l'Assistance Publique/Hôpitaux de Paris (Baudelocque St Antoine) membre du CNSF ET M. ZANARDI-BRAILLON, SF directrice de l'école régionale sages-femmes de Reims (51) membre du bureau du CNSF

Depuis la rentrée universitaire 2010, conformément au schéma européen de l'enseignement supérieur, les études de sage-femme se sont progressivement inscrites dans le schéma LMD Sciences Maïeutiques. Par ailleurs, le lien avec notre cœur de métier s'est trouvé renforcé, le programme s'appuyant sur notre référentiel métier et compétences.

Cependant, cette réforme a quelque peu bousculé la programmation des enseignements théoriques et cliniques. C'est ainsi que la "pharmacologie" n'est plus un enseignement à part entière, déconnecté de toute réalité clinique, il est intégré de façon transversale aux unités d'enseignement de maïeutique, gynécologie et pédiatrie, durant les quatre dernières années du cursus post PAES (ou PACES). Cette approche pragmatique doit aider les futures SF à apprendre, comprendre et appliquer les règles du bon usage du médicament. Elle leur donne les clés pour établir une prescription médicamenteuse adaptée, justifier le choix de la thérapeutique, expliquer aux patientes le mode d'action des médicaments prescrits, leurs bénéfices démontrés, leurs risques éventuels, les stages restant le creuset de la mise en pratique de ces connaissances.

Mais la réalité est parfois autre. Si les stages chez les professionnels libéraux, lieux de confrontation régulière à l'exercice de la prescription, se sont considérablement développés dans le nouveau programme, il n'en reste pas moins qu'un étayage de la mise en application pratique des apprentissages théoriques s'avère nécessaire.



La SF est tenue de revoir et actualiser régulièrement ses connaissances en pharmacologie concernant autant les prescriptions de son domaine d'autonomie que celles qui sont hors champ d'autonomie.

C'est ainsi que les étudiants peuvent bénéficier :

- D'enseignements dirigés animés par des SF, des pharmaciens, qui les font réfléchir sur des situations cliniques issues de notre champ de compétences et pour lesquelles ils doivent proposer les prescriptions attendues,
 - D'ateliers animés par des SF dans lesquels ils analysent les textes régissant nos droits de prescription
 - D'un stage dans une officine
- Enfin, les évaluations cliniques sont l'occasion de faire le point sur leurs connaissances dans ce domaine, leurs capacités à les contextualiser et les mettre en pratique.

Ces dispositifs ne sont que quelques exemples, **chaque structure de formation reste libre de recourir à d'autres moyens pédagogiques.** C'est ainsi que la pharmacologie peut à la fois faire l'objet d'un cours magistral traitant de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses autorisées aux SF, suivi d'enseignements dirigés sur les prescriptions dans diverses situations cliniques, et parallèlement faire l'objet d'un enseignement transversal tel que décrit précédemment. Les ateliers animés par des SF libérales pour présenter leur exercice, abordent la prescription en cabinet libéral depuis l'ordonnance jusqu'à la prise en charge par l'assurance maladie. Toutes ces "nouvelles" dispositions doivent, à terme, aider la future SF à s'approprier ce domaine dont on a vu, qu'aujourd'hui, il est source de questionnement voire de difficultés.

B3. L'EXERCICE PROFESSIONNEL EN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER ET LA FORMATION CONTINUE F.GALLEY-RAULIN, SF cadre supérieur Centre hospitalier de Verdun (55)

La prescription caractérise le caractère médical de la profession de SF et finalise la dimension clinique de l'exercice, donc la compétence des SF dans ce domaine. En matière de prescription

médicamenteuse, la qualité de la prescription implique son adéquation au tableau clinique, à la situation individuelle du patient, à l'absence de prise de risques ou à la gestion anticipée de risques potentiels.

Pour garantir cette qualité, la SF est tenue de revoir et actualiser régulièrement ses connaissances en pharmacologie concernant autant les prescriptions de son domaine d'autonomie que celles qui sont hors champ d'autonomie en cas de pathologies obstétricales, gynécologiques et néonatales. Dès lors, comment maintenir une qualité de prescription clinique dans le contexte des services hospitaliers ? Voici quelques propositions issues de l'expérience :

1- Anticiper pour promouvoir la qualité et prévenir les risques

Les dispositions portent sur :

• L'affectation des SF

Les SF pratiquent régulièrement des consultations d'obstétrique et de gynécologie. Elles "tournent" par périodes dans les différents secteurs : consultations, suites de naissance, grossesses à risque et /ou pathologiques, salle de naissance. En effet, le fait d'exercer dans une même unité pendant de longues années peut générer un double risque pour la compétence professionnelle en général et dans le domaine concerné : une forme de "spécialisation" à effet limitant et un risque de routine en absence de remise en question et de formation continue.

• La formation continue interne

- Organiser dans les services hospitaliers et après validation par le pharmacien des "mini staffs" sur les médicaments et leur prescription, animés par un délégué commercial du laboratoire concerné dans le respect des dispositions de la HAS concernant le circuit d'intervention des délégués médicaux.
- Organiser bi annuellement des rencontres à thème SF / pharmacien sur des sujets d'actualité et /ou demandés par les SF.

- Convenir avec le pharmacien de transmettre aux SF du service, via la messagerie électronique, les données concernant les nouvelles spécialités et leurs modalités de prescription, ainsi que les nouvelles réglementations. Ces nouveautés peuvent être relayées par la sage-femme coordinatrice aux sages-femmes libérales et territoriales relevant de son secteur.

- **La mise en place d'aides à la prescription**

Favoriser l'accès rapide des professionnels aux **outils d'aide à la prescription** type Vidal et autres (**cf. chapitre 1 du tome 1**) en les mettant à disposition sur le bureau des ordinateurs du service.

- **Prévoir des ordonnances informatisées :**

- Soit chaque spécialité médicamenteuse est entrée dans l'informatique et accessible via un menu déroulant avec la posologie et la durée de traitement. Le professionnel sélectionne le médicament à prescrire qui va se placer sur l'ordonnance, avec évidemment la possibilité d'ajuster des éléments de la prescription si besoin.

- Soit les ordonnances de chaque consultation de grossesse sont pré-préparées informatiquement, toujours modifiables si besoin et prêtes à être imprimées.

2 - Renforcer la traçabilité des prescriptions pour en optimiser la gestion

- Imposer l'identification correcte du prescripteur sur les ordonnances de consultations et de sortie d'hospitalisation et/ou en précisant ses coordonnées, afin que le pharmacien de ville puisse établir un contact facile et rapide en cas de besoin.

- Si l'établissement dispose d'un logiciel de dispensation pharmaceutique, il est indispensable que chaque professionnel se serve de ses propres codes informatiques pour rédiger ses prescriptions dans le logiciel prévu, et assurer ainsi la traçabilité par l'identification du prescripteur.

Attention : chacun doit penser à fermer son bureau informatique en quittant sa garde sinon la signature électronique de A peut continuer à apparaître sous les prescriptions de B qui a pris la garde suivante.

CONCLUSION

C. DUPOND

Nous espérons que ce dossier "Sage-femme et prescriptions" vous a apporté des éclairages utiles dans un domaine fondamental de notre profession. Cependant et malgré les deux tomes, nous n'avons pu traiter la totalité de ce vaste sujet, en particulier certaines familles médicamenteuses de notre liste (puisque liste il y a), et des actes inhérents à nos compétences et à nos pratiques actuelles. Mais la mise au point peut continuer, avec vous, à partir de vos remarques et suggestions, avec vos compétences et vos expertises, sur le site du CNSF "<http://www.cnsf.asso.fr>." Nous vous y attendons.

Au quotidien, c'est par un positionnement professionnel fort et une démarche active et continue de formation, que nous assurerons notre responsabilité vis-à-vis des patients, que nous déploierons nos compétences et occuperons notre espace d'autonomie. Des outils de savoir, de réflexion et de recherche existent, accessibles à tous, partageons les entre sages-femmes et en équipe.

À bientôt !