



HAL
open science

Connaissance des pharmaciens d'officine à propos du droit de prescription des sages-femmes

Brune Gache

► **To cite this version:**

Brune Gache. Connaissance des pharmaciens d'officine à propos du droit de prescription des sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00766787

HAL Id: dumas-00766787

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00766787>

Submitted on 19 Dec 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT-FERRAND

Université d'Auvergne – Faculté de Médecine

**CONNAISSANCE DES
PHARMACIENS
D'OFFICINE A PROPOS DU
DROIT DE PRESCRIPTION
DES SAGES-FEMMES**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU

PAR

Brune GACHE

Née le 16 octobre 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2012

Remerciements

- Je tiens à remercier les personnes qui m'ont encadrée et aidée pour ce travail de recherche :

Dr David Balayssac, mon directeur de mémoire, pour son soutien et son aide précieuse tout au long de ce travail.

Madame Leymarie, directrice de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, ma sage-femme référente, pour m'avoir guidée dans l'élaboration de ce mémoire.

Toute ma promotion pour l'immense aide qu'elle m'a fournie pour la distribution et la récupération de mes questionnaires (je n'y serai pas arrivée sans vous !).

- Je souhaite dédier ce mémoire à :
 - Ma famille, dans son intégralité, pour son soutien dans les moments difficiles et les énormes parties de fous rires à travers toutes ces années !
 - Mes copains de l'Atelier « Arts en scène », merci de m'avoir apportée ce grand plus dans ma vie pendant ces semaines intenses !
 - Mes amis très chers : Yohann, Matthieu, Jennifer, Damien et Anne-Sophie.
 - Mes amies qui m'ont accompagnée durant ces études et avec qui je partage absolument tout : Delphine, Camille, Cécile, Cynthia, Marjorie, Laura et Cindy (Merci d'être là mes coupines, merci pour tout !!). Une pensée particulière à Mathilde pour avoir partagé des carpes grillées et des Régab avec moi au Gabon !
 - Anthony : merci d'être entré dans ma vie et merci pour ton aide, ton soutien et ta patience.

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTÉRATURE	
1. La profession de sage-femme.....	3
1.1. Historique.....	3
1.2. Compétences	6
1.3. La profession actuelle.....	9
2. Le droit de prescription.....	12
2.1. Définitions.....	12
2.2. Le droit de prescription des sages-femmes.....	13
2.3. Les pharmaciens d'officine : rôles essentiels.....	17
MATERIEL ET METHODE	
1. Type d'étude	20
2. Matériel.....	20
2.1. Population étudiée.....	20
2.2. Critères d'inclusion.....	20
2.3. Critères d'exclusion.....	20
3. Méthode.....	21
3.1. Objectifs de l'étude.....	21
3.2. Critères de jugement.....	21
3.3. Mode de recueil.....	21
3.4. Ethique.....	22
3.5. Méthode d'intervention.....	22
3.6. Méthode d'évaluation.....	22
RESULTATS	
1. Description de la population.....	24
2. Description et analyse des résultats.....	27
DISCUSSION	
1. Critique de l'étude	42
2. Analyse et discussion des résultats.....	43
3. Projet d'action.....	52
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Sage-femme, « le plus beau métier du monde » pour beaucoup de personnes en France. Rares sont les professions ayant une position aussi favorable dans l'opinion publique. C'est une profession au carrefour de différents domaines tels que l'obstétrique, la pédiatrie et la gynécologie (entre autres) mais elle est clairement décrite : c'est une profession médicale à compétences définies et ayant un code de déontologie propre. La profession de sage-femme est donc centrée sur la Femme et tout ce qui a trait à sa santé gynécologique et obstétricale, elle requiert des connaissances théoriques et cliniques spécifiques, mais également un grand sens d'humanité et d'humilité.

Cependant, cette profession et le statut qu'elle confère sont loin de la reconnaissance et du respect qu'ils inspiraient autrefois. En effet de nos jours peu de personnes connaissent les compétences des sages-femmes (et tous les domaines d'action impliqués), et cela même au sein des professions médicales et paramédicales qui travaillent en collaboration avec elles. Les autres professionnels de santé seraient pourtant les plus à même de diffuser les informations nécessaires auprès des usagers du système de soins pour leur permettre de mieux connaître la profession.

Une place singulière est à attribuer au droit de prescription : connaître le droit de prescription des sages-femmes revient à connaître la diversité et l'étendue de leurs domaines d'action car le droit de prescription recouvre la quasi-totalité des pratiques autorisées aux sages-femmes.

A travers ce mémoire il était intéressant d'évaluer les connaissances de cette compétence particulière par les pharmaciens d'officine, qui sont les principaux acteurs de sa mise en application pratique. Ils sont les professionnels de santé en première ligne pour faire valoir et respecter ce droit de prescription. On peut alors se demander de façon légitime quel est l'état des lieux réel des connaissances des pharmaciens officinaux concernant le droit de prescription des sages-femmes à ce jour. En pleine évolution des compétences des sages-femmes, on peut également se demander quels sont les différents moyens de mise à jour des connaissances utilisés par ceux-ci.

Dans un premier temps, une revue de littérature a été réalisée. Elle s'intéressait d'une part à la profession des sages-femmes, à son historique, ses compétences et la vision actuelle de la profession ; et d'autre part au droit de prescription en tant que compétence puis le droit de prescription propre aux sages-femmes (son histoire et son

contenu) et enfin les rôles essentiels que peuvent avoir les pharmaciens d'officine en rapport avec ce droit. Nous avons voulu démontrer l'étroite imbrication de leur domaine respectif de compétences et la collaboration interprofessionnelle qui doit en résulter.

Puis dans un deuxième temps, un travail de recherche réalisé auprès des pharmaciens d'officine en Auvergne a été présenté, la méthodologie employée a été détaillée. Enfin les résultats obtenus ont été analysés et discutés, ceci afin de présenter un projet d'action visant à améliorer la mise en application du droit de prescription des sages-femmes et la reconnaissance de la profession de sage-femme de façon plus générale.

REVUE DE LA
LITTÉRATURE

1. La profession de Sage-femme

1.1. Historique

De tous temps et dans toutes les civilisations les femmes se sont entraïdées pour la mise au monde leurs enfants. Il apparait comme naturel que la mère qui a souffert pour mettre au monde son enfant aille porter ses conseils et son assistance à la femme inexpérimentée. Certaines femmes, fortes de leur propre expérience, étaient considérées comme les mieux placées pour l'accompagnement des nouvelles naissances chez les jeunes mères. Ces femmes ont acquis, à force d'accompagnements répétés, un « savoir » sur la naissance et ses mystères mais aussi un niveau de confiance accru de la part des nouvelles mères. Elles ont ainsi été investies d'un rôle prédominant auprès des femmes enceintes : les premières « sages-femmes » apparaissaient !

Historiquement, la profession de sage-femme a été une des rares dominées par des praticiennes. En **Grèce antique**, la prise en charge des femmes enceintes et des parturientes (femmes en travail) a été considérée comme relevant essentiellement du cercle féminin.

La relation étroite entre l'acte physiologique de l'accouchement et les mystères de la création et la transmission de la vie a conféré à la sage-femme de l'époque un statut religieux particulier, donc un respect et une considération presque mystique : elles étaient les gardiennes des secrets de la Vie ; dans son commencement, son déroulement comme dans sa fin car elles savaient quel homme s'appariait le mieux avec quelle femme pour un mariage et elles effectuaient également la toilette mortuaire. Elles intervenaient donc aux moments clés de la vie, sources d'angoisse et de grands questionnements, ce qui renforçait l'attribution d'un caractère sacré à ces « femmes sages ». L'enseignement des rites et coutumes est dispensé dans les temples et y est maintenu secret.

L'Antiquité était un âge d'or pour la profession ; tout le contraire du **Moyen-âge** qui fût une période désastreuse pour tout ce qui avait trait à la science ou à la

médecine. La superstition l'emportait sur la raison, et l'expansion de la religion chrétienne apportait la diabolisation de la femme : elle n'était plus « sacrée », elle était « sorcière et tentatrice ». Les femmes détenant un savoir étaient particulièrement visées (comme les sages-femmes). La sage-femme perdit son caractère prestigieux et sacré, ainsi que son savoir considéré comme mystique, et fut relayée au rang de « matrone ». Elle n'avait pas de formation car les femmes étaient interdites d'instruction à l'époque, leur apprentissage est donc purement pratique. [1]

L'art médical en général s'étiolo au détriment de croyances magiques et superstitieuses, seuls les monastères conservent des rudiments de médecine et d'apothicairerie. Il y eut alors une recrudescence de charlatans et d'imposteurs dans le milieu médical : la mortalité maternelle et infantile de l'époque atteignit des sommets et fut attribuée à la volonté divine.

A la Renaissance l'évolution du monde conduisit à reconsidérer à nouveau l'art médical et son enseignement. Le domaine de la maïeutique et son apprentissage fut de nouveau accessible aux femmes : il y avait nécessité de transformer les « matrones » en véritables professionnelles aux vues des chiffres plus qu'alarmants en matière de mortalité périnatale. Les premières traces écrites évoquant des sages-femmes instruites, datent du quinzième siècle ; ce sont des contrats, entre des cités d'Europe et une accoucheuse assermentée, reçue par un collège de chirurgiens, de médecins et d'autres sages-femmes au terme d'un apprentissage. [2]

En 1560, l'enseignement de l'art de l'accouchement était rattaché au Collège des chirurgiens de Montpellier [3], il y avait une formation qui durait six mois au terme de laquelle les nouvelles sages-femmes recevaient un diplôme. En 1611, sur Ordonnance royale, les sages-femmes seront reçues après examen par le Premier chirurgien du Roi ; et en 1630, le premier enseignement est organisé à la maternité de l'Hôtel-Dieu à Paris. Les sages-femmes commencent à constituer un corps médical reconnu.

Deux sages-femmes exceptionnelles contribueront à la légitimité de la profession par leurs écrits et leurs enseignements : Madame Louyse Bourgeois (1563-1636) et Madame Angélique Du Coudray Le Boursier (1714-1790). [4]

La Révolution eut pour effet d'abolir les facultés, les universités et les corporations en 1792 par la loi Le Chapelier (14 juin 1791) et le décret d'Allarde (2 et

17 mars 1791). [5] Ainsi la pratique des accouchements, de la médecine et de la chirurgie devient libre donc dangereuse car pratiquée sans enseignement. Néanmoins, à partir de 1802, l'enseignement tant attendu par les sages-femmes est de nouveau à l'honneur à l'école de la Maternité de Paris grâce à Madame Marie-Louise Delachapelle, sage-femme en chef à la Maternité de Paris et Jean-Louis Baudelocque, chirurgien en chef de la Maternité de Paris. [6]

Une nouvelle législation apparaîtra petit à petit pour mieux définir et encadrer la genèse de la profession en tant que telle : la Loi du 10 mars 1803 régleme l'exercice des professions médicales (médecins, chirurgiens, officiers de santé et sages-femmes) [7] ; cette loi érige les conditions d'accès à la profession, le déroulement des études, la délivrance et l'enregistrement du diplôme. Elle fixe les conditions d'exercice des sages-femmes, leur interdit d'utiliser des instruments, édicte l'obligation d'appeler un médecin ou un chirurgien en cas de dystocie ou de pathologie. La loi définit aussi l'exercice illégal de la médecine et ses sanctions.

Au cours du **XIX^{ème} siècle** la profession connaîtra beaucoup de changement dans sa définition : la profession devient règlementée, à compétences restreintes et perd énormément en autonomie d'exercice.

Cependant, le **XX^{ème} siècle** sera un siècle d'évolution de la profession, elle connaîtra les plus grandes mutations au niveau législatif, ceci afin de retrouver petit à petit l'indépendance professionnelle qu'elles avaient autrefois. Quelques dates à retenir :

- 1917, les études s'organisent sur 2 ans avec obtention du Diplôme d'Etat ; puis 3 ans en 1943.
- 1945 : Création l'Ordre des Sages-femmes.
- 1982, la profession est reconnue comme profession médicale et s'ouvre aux hommes.
- 1985, la durée des études pour devenir sage-femme est amenée à 4 ans avec la rédaction d'un mémoire ; puis à 5 ans en 2001 avec validation de la première année d'étude médicale commune aux médecins, dentistes et sages-femmes.

- 2004, un élargissement des compétences et du droit de prescription des sages-femmes est effectué. Actuellement des évolutions et une reconnaissance au niveau des compétences sont toujours réclamées par les professionnelles.
- Depuis 2008, les sages-femmes revendiquent que leur formation soit dispensée à l'Université (comme leurs confrères médecins et dentistes) et qu'elle soit reconnue à sa juste valeur, à savoir un niveau d'étude Master.

1.2. Les compétences

❖ Définition

Une compétence est définie comme « l'ensemble des dispositions, capacités, aptitudes spécifiques qui permettent à tout sujet parlant une langue de la maîtriser, et qu'il met en œuvre à l'occasion de ses actes de parole effectifs dans des situations concrètes (ce qui constitue la performance). » [8]

Cette définition est bien évidemment applicable au domaine de la santé. Mais on peut cependant ajouter qu'en ce qui concerne les professionnels de santé, il y a des compétences communes visant un seul et même but : améliorer la qualité des soins apportés aux usagers du système de santé [9]. Un véritable réseau, composé de personnel compétent dans leurs domaines, vient alors se former autour des usagers du système de santé pour leur garantir une qualité des soins dispensés la meilleure possible. La sage-femme fait bien entendu partie de ses réseaux et occupe même une place de choix à valoriser dans les domaines de la gynécologie et de l'obstétrique.

❖ Acquisition

Pour acquérir progressivement l'ensemble des qualifications et compétences requises pour la profession de sage-femme, la **formation initiale** occupe une place primordiale.

En France, la formation à la profession de sage-femme - ou cursus maïeutique - se déroule sur 5 années (depuis 2001) [10] : la validation de la première année commune des études de santé (PACES) est obligatoire pour pouvoir poursuivre ce cursus. [11] Les quatre années d'enseignement suivantes sont effectuées dans une école hospitalière (exception faite à Marseille où c'est une école universitaire).

Durant ces cinq années, la formation est partagée entre enseignements théoriques (cours, travaux dirigés et pratiques) et cliniques (stages en milieu hospitalier). Le contenu total de la formation est le suivant :

	Enseignement théorique	Enseignement clinique
PACES	60 ECTS	4 semaines
2^e année du cursus Maïeutique	} 29 semaines de 30h (860h)	10 semaines de 30h (300h)
3^e année du cursus Maïeutique		24 semaines de 30h (720h)
4^e année du cursus Maïeutique	} 56 semaines de 30h (1680h)	24 semaines de 30h (720h)
5^e année du cursus Maïeutique		32 semaines de 30h (960h)

En France, le diplôme d'Etat de sage-femme est obtenu à l'issue de ces cinq années par la validation des acquis théoriques et cliniques, mais aussi la validation d'un travail de recherche (un mémoire de fin d'études). [12]

❖ **Référentiel métier et compétences**

L'ensemble des compétences des sages-femmes sont définies et répertoriées dans un document de référence appelé « Référentiel métier et compétences des sages-femmes » [13, Annexe II]. Des situations types pour lesquelles la sage-femme est reconnue compétente sont décrites : le suivi de grossesse, la prise en charge de la triade père-mère-enfant en salle de naissance, du suivi post-partum, du suivi post-abortum, etc. Il organisé de façon claire et répertorie les savoir-faire et savoir-être requis pour être une

sage-femme compétente. Ce référentiel est évidemment régi par des textes de lois [Annexe I] et mis à jour en fonction de ces textes.

❖ **Entretien des connaissances : la formation médicale continue**

La formation initiale apporte un savoir originel solide permettant d'exercer sa profession de façon adéquate. Cependant ce savoir s'étirole : il faut l'enrichir au fil des années afin de maintenir des capacités optimales d'exercice, d'approfondir ses connaissances et d'acquérir de nouvelles compétences. Ce sont là les rôles de la formation médicale continue.

Elle est définie comme étant une obligation non seulement morale mais aussi légale, juridique et déontologique de perfectionner ses connaissances en vue de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Elle relève de la responsabilité du professionnel de santé et constitue une obligation pour les sages-femmes. [14] Elle participe également à l'élaboration d'un corps professionnel cohérent et capable de changement.

La formation continue peut revêtir plusieurs formes : les journées de formations organisées au sein des hôpitaux, l'abonnement à des revues scientifiques officielles et reconnues par la profession ou encore l'accès aux diplômes universitaires (DU) ou inter-universitaires (DIU).

La formation continue est donc nécessaire pour une dispense des soins de qualité optimale, malheureusement, à travers le monde, l'OMS déplore une difficulté d'accès aux moyens de perfectionnement, voire un manque de moyen : « *Elles ont besoin d'être formées afin d'acquérir et de conserver les compétences nécessaires pour prodiguer des soins de qualité aux femmes et aux nouveau-nés. Les gouvernements doivent permettre aux sages-femmes d'actualiser leurs compétences, ils doivent aussi adopter des politiques leur permettant d'utiliser pleinement leurs connaissances et leur expertise au sein des communautés, des centres de santé et des hôpitaux.* » [15].

1.3. La profession actuelle

❖ Définition

La sage-femme en France possède le statut de profession médicale à **compétences définies** et à responsabilité indépendante. Il ne faut néanmoins pas oublier qu'elle doit aussi se distinguer par ses qualités humaines : « exercice personnel, responsabilité, indépendance, confiance, humanité et empathie, tels sont donc les cinq pivots sur lesquels reposent l'exercice de la profession de sage-femme ». [16]

Actuellement, une sage-femme est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme :

« Une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. » [17]

Cette définition fait souvent office de définition internationale de la profession de sage-femme. Elle présente de façon résumée les différents rôles que la sage-femme peut occuper. L'OMS est engagée à faire valoir et reconnaître les qualifications propres aux sages-femmes car elle considère qu'elles sont un pilier essentiel du personnel de santé maternelle et néonatale. L'OMS travaille avec les pays pour que les questions relatives aux soins obstétricaux soient intégrées dans les stratégies et plans de santé nationaux et les encourage à mieux reconnaître et soutenir la profession de sage-femme. [15]

❖ **Reconnaissance**

Notre profession occupe une place paradoxale au niveau de la reconnaissance : les usagers du système de santé ayant eu recours à une sage-femme dans le cadre de ses compétences reconnaissent que la sage-femme est compétente dans son ou ses domaines d'exercice et sont satisfaits, néanmoins c'est une profession encore trop associée à la pratique de l'accouchement seulement.

Cela met en lumière toute l'ignorance de notre profession par le grand public, donc potentiellement des usagers du système de santé. Un énorme défaut de communication entoure notre profession et ainsi la condamne au seul bouche à oreille des expériences maternelles et paternelles, positives ou négatives (diffusion souvent erronée des compétences de la sage-femme et facilitée avec les forums et autres sites internet).

Reconnaissance de la profession sage-femme par les femmes en âge de procréer en quelques chiffres :

- ⇒ 50,6% des femmes en âge de procréer pensent que sage-femme est une profession paramédicale. [18]
- ⇒ 21,6% des femmes en âge de procréer pensent que la sage-femme n'a pas le droit de prescription. [18]
- ⇒ Seulement 31,2% des femmes en âge de procréer savent que la sage-femme intervient dans la contraception. [18]

Il existe également un défaut de reconnaissance au niveau des autres professions de santé qui, pour la plupart, ne connaissent pas en quoi consiste exactement la profession de sage-femme.

Reconnaissance de la profession sage-femme par les médecins généralistes du Puy-de-Dôme en quelques chiffres

- ⇒ 38% des médecins généralistes du Puy-de-Dôme pensent que sage-femme est une profession paramédicale. [19]
- ⇒ Seulement 27% des médecins généralistes du Puy-de-Dôme savent que la contraception orale peut être prescrite par une sage-femme. [19]

Pourtant les autorités sanitaires reconnues et respectées s'accordent à dire que la sage-femme doit occuper une place privilégiée dans le système de santé : L'OMS place la sage-femme comme acteur principal de la baisse de la morbi-mortalité périnatale au niveau mondial, cependant des progrès sont encore à faire et spécifiquement dans les endroits du monde où l'accès aux soins est difficile ; c'est pourquoi l'affinement de leurs connaissances et compétences est essentiel. [15]

Même d'un point de vue économique, la place de la sage-femme est à mettre sur le devant de la scène ! En effet, d'après le Rapport annuel 2011 de la Cour des comptes [20], le Gouvernement français a tout intérêt à valoriser la profession de sage-femme.

« La cour émet un avis très critique sur le modèle périnatal français, notant les mauvais résultats de notre pays (indicateurs de mortalité périnatale) malgré une technicisation quasi systématique qui n'a cessé de s'accroître. Les auteurs ont fait le lien avec la valorisation de la profession de sage-femme, spécialiste de la grossesse physiologique, qui est la plus à même de limiter cette technicisation croissante et coûteuse tout en garantissant aux patientes la sécurité de leur prise en charge. Aussi, la première recommandation du rapport porte-t-elle sur une meilleure articulation des compétences respectives des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes et, en faisant encore davantage de ces dernières les professionnelles de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé. [...] Par ailleurs, les magistrats de la rue Cambon estiment qu'il serait souhaitable de modifier la nomenclature des actes professionnels des sages-femmes libérales afin de réorienter, à enveloppe constante, leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi post-natal. La Cour a en effet

constaté que l'activité des sages-femmes libérales était massivement orientée vers les cours de préparation à la naissance, ne reflétant pas les compétences de la profession et limitant le rôle de ces professionnelles dans les politiques de santé. [...] On peut également que les auteurs se sont penchés sur le positionnement des sages-femmes dans d'autres pays, vraisemblablement pour souligner les lacunes et les retards de la France dans la valorisation de cette profession. » [21]

2. Le droit de prescription

2.1. Définitions

Le droit de prescription est une pratique règlementée par des textes de lois, la prescription ne peut pas être faite par oral et sans traçabilité : une ordonnance est l'interface légale entre le prescripteur et le pharmacien qui délivrera le contenu de la prescription.

- **L'ordonnance**

Document médico-légal sur lequel apparaît une prescription médicale (de médicaments, d'actes ou d'examens biologiques) qui répond à des exigences législatives rigoureuses.

L'ordonnance, et ce qu'elle contient, est une interface entre les pharmaciens et le professionnel de santé prescripteur. L'un comme l'autre se doit de connaître ce qui est permis de prescrire (quand le champ de prescription est défini) pour ainsi effectuer un double contrôle de la prescription médicamenteuse : auprès du prescripteur au premier niveau puis auprès du pharmacien au deuxième niveau.

Toute ordonnance valide doit répondre obligatoirement aux mentions fixées par les textes de lois du Code de la Santé Publique. Elles concernent notamment la rédaction de l'ordonnance : celle-ci doit comporter l'identification du professionnel de

santé (cachet), celle du patient (nom, prénom, âge), la date, la désignation en clair des médicaments, la posologie et la durée du traitement, ainsi que la signature du prescripteur. [22]

Pas moins de trois codes régissent l'aspect législatif et réglementaire de l'ordonnance : le Code de la Sécurité Sociale, le Code de la Santé Publique et le Code de Déontologie de la profession concernée.

- **La prescription**

Une prescription est à la fois ce qui est prescrit - par un professionnel compétent pour le faire - et le document sur lequel est consigné ce qui est prescrit. [23]

La prescription médicale permet l'obtention des médicaments dans une pharmacie, en particulier de ceux qui ne sont délivrés que sur ordonnance, et leur remboursement par le système de l'assurance maladie.

Dans le domaine de la santé, le droit de prescription était une des prérogatives des professions médicales, à la différence des professions paramédicales. De nos jours, certaines professions paramédicales ont un droit de prescription restreint et défini.

La connaissance du droit de prescription – par le pharmacien dispensateur et par le professionnel prescripteur - fait partie intégrante des compétences à mettre régulièrement à jour dans le cadre de la formation médicale continue.

2.2. Le droit de prescription des sages-femmes

2.2.1. Historique

Dans la profession de sage-femme le droit de prescription est une compétence relativement récente puisqu'elle a été accordée aux sages-femmes à partir de 1952. Il est alors très restreint et ne concernait que certaines solutions, pommades, pansements, alcool, laxatifs habituellement délivrés sans ordonnance [24]. Il n'est alors pas accordé

un grand crédit aux sages-femmes de l'époque, considérées comme des infirmières obstétriciennes aux vues du droit de prescription qui leur est dévolu. Cet arrêté sera modifié en 1959 (arrêté paru le 26 mars 1959 au Journal Officiel de la République Française), des dispositifs médicaux relatifs au matériel de pansement, mais pas de changements fondamentaux.

Quelques décrets viendront compléter la définition des compétences des sages-femmes déterminant la liste des examens (1983) et instruments (1988) autorisés aux sages-femmes pour leur usage personnel ou la prescription auprès de leurs patientes. Le contenu du droit de prescription des sages-femmes s'amenuise au fur et à mesure que les médicaments désuets sont retirés du marché.

Il faudra attendre 2004 pour avoir une réelle révolution dans le droit de prescription des sages-femmes avec la publication d'un arrêté comportant non plus une liste de médicaments mais une liste mentionnant des classes thérapeutiques. [25]

Il est suivi en 2005 d'un nouvel arrêté fixant la liste des vaccinations que la sage-femme est autorisée à pratiquer [26]: on ne parle ici que de la pratique, on n'aborde pas encore pas encore la prescription de ceux-ci par la sage-femme... il n'en sera question qu'après la modification que cet arrêté, qui aura lieu le 10 janvier 2011 [27]. En 2006 un arrêté fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire paraît [28], c'est cet arrêté qui sera modifié le 12 octobre 2011. Les dernières modifications en rapport avec le droit de prescription des sages-femmes datent d'ailleurs de ce 12 Octobre 2011, avec la parution de deux arrêtés venant modifier des arrêtés déjà existants. [Annexe III]

Le droit de prescription des sages-femmes est donc une compétence qui a été accordée relativement récemment (il y a 60 ans). Il n'a pas été reconnu et considéré immédiatement, c'est seulement lors des trois dernières décennies que d'importants changements ont conduit petit à petit à l'élargissement du champ des compétences des sages-femmes. Cependant, la législation est constamment en retard par rapport à l'opinion publique ou l'évolution des mœurs.

2.2.2. Contenu

Une sage-femme est investie de nombreuses compétences. L'une d'entre elles en particulier nous intéresse : le droit de prescription. Ce droit reflète l'étendue des domaines de compétences que recouvre la profession de sage-femme. Il évolue régulièrement en fonction de l'expansion de ces compétences et des domaines d'actions de la profession.

« Notre compétence en matière de prescriptions a par ailleurs été étendue, permettant à la sage-femme, tout à la fois de réactualiser constamment ses droits de prescription grâce au classement des médicaments par famille thérapeutique, mais aussi d'élargir de manière substantielle ceux-ci ». [16]

Ce droit de prescription des sages-femmes est soumis à la législation de plusieurs articles de loi : les différentes classes thérapeutiques accessibles aux sages-femmes y sont répertoriées et les diverses spécialités médicamenteuses également [29, 30].

La dernière mise à jour des médicaments et dispositifs médicaux prescriptibles par les sages-femmes date d'octobre 2011 avec « l'Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires » ainsi que « l'Arrêté du 27 juin 2006 modifié le 12 octobre 2011 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire » [Annexe III].

Dans le premier arrêté, la liste a été modifiée de trois façons :

- Des classes de médicaments ont été rajoutées : anti-sécrétoires gastriques, antalgiques à base de paracétamol associé au tramadol, anti inflammatoires non stéroïdiens en post-partum immédiat, médicaments homéopathiques, contraceptifs sous toutes ses formes, oxygène, mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote exclusivement en milieu hospitalier, salbutamol par voie orale et rectale en primo-prescription, les dérivés nitrés en cas d'urgence.
- Certaines ont été précisées : les antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de première ligne des infections urinaires basses **seulement** chez la femme **enceinte** et les antibiotiques par voie orale et/ou

parentérale en prévention des infections materno-fœtales chez la femme enceinte selon les recommandations en vigueur, la nalbuphine dont la prescription doit être réalisée dans le cadre d'un protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur, les antiviraux en prévention des récurrences d'herpès génital en fin de grossesse, l'acide folique aux doses recommandées dans la prévention primaire des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural, les anti inflammatoires non stéroïdiens indiqués dans le traitement des dysménorrhées (que l'on peut renouveler si la primo-prescription émane d'un médecin).

- D'autres ont été supprimées : les solutés de bicarbonate isotonique à 1,4% et semi-molaire à 4,2%, le labétalol, des antalgiques à base d'association de paracétamol et de dextro-propoxyphène.

Dans le deuxième arrêté, il a été rajouté les dispositifs intra-utérins à la liste déjà existante des dispositifs médicaux autorisés à la prescription des sages-femmes.

NB : Même s'il est très avantageux pour les sages-femmes d'avoir acquis certaines spécialités médicamenteuses en rapport avec leur domaine de compétence (homéopathie, certains anti-sécrétoires gastriques, le salbutamol par voie orale ou rectale, les contraceptifs sous toutes les formes...), il n'empêche que la modification de cet arrêté ministériel n'a pas apporté une amélioration complète par rapport au précédent. Nous avons été restreintes dans certains domaines : par exemple, la prescription d'antibiotiques par voie orale dans le traitement des infections urinaires basses ne nous est autorisée qu'en cas de grossesse désormais. Nous ne pouvons pas prescrire d'antibiotiques en cas d'infections urinaires dans le cadre du suivi gynécologique de prévention, compétence pourtant reconnue et avérée... En conséquence, les nouveaux arrêtés ne favorisent pas toujours toutes les compétences qui nous sont attribuées, malgré une volonté d'élargir nos champs d'action.

Nous n'abordons pas ici le droit de prescription des actes médicaux (bilans biologiques, séances de rééducation...) ni des arrêts de travail ; le sujet de ce mémoire concernant uniquement le droit de prescription relatif aux médicaments et dispositifs médicaux, soit le droit de prescription qu'un pharmacien d'officine est en mesure d'appliquer.

2.3. Les pharmaciens d'officine : rôles essentiels

❖ Compétences diverses

Comme pour les sages-femmes, les pharmaciens d'officines est une profession à compétences définies. Il n'y a pas de référentiel métier à proprement parler pour cette profession, néanmoins l'Ordre National des Pharmaciens reconnaît une « fiche métier : pharmacien titulaire d'officine » dans laquelle est donnée une définition concise de cette profession. [31] Les rôles et devoirs du pharmacien d'officine sont aussi présentés succinctement dans le serment de Galien que les étudiants en pharmacie prononcent à la fin de la soutenance de leur thèse d'exercice [Annexe IV], il n'a cependant aucune valeur juridique.

L'une de ses compétences est la dispense médicamenteuse, exacte application des droits de prescription des différents professionnels de santé habilités à prescrire. Cela implique une grande connaissance des droits de prescription de chaque professionnel et une grande vigilance de toutes les prescriptions faites, cela afin de dénoncer d'éventuels abus de la part des professionnels de santé.

Le pharmacien d'officine est tenu de s'assurer non seulement que la rédaction de l'ordonnance est médico-légalement recevable mais aussi que le contenu prescrit relève bien de la compétence du prescripteur. Pour la première partie, il doit s'assurer que tous les critères de l'ordonnance que nous avons définis précédemment sont respectés.[22] Pour la deuxième partie, sans doute la moins aisée, le pharmacien doit être à jour de ses connaissances concernant les droits de prescription de chaque professionnels de santé pouvant prescrire, et tout particulièrement les professionnels de santé à droit de prescription défini (sages-femmes, kinésithérapeutes, podologues, infirmiers...).

Pour cela la formation continue est un moyen de prédilection pour tenir à jour leurs nombreuses connaissances.

❖ **Rôle de formation continue**

La formation continue est obligatoire pour les pharmaciens [32]. Tout comme les sages-femmes, différents moyens s'offrent à eux pour mettre à jour leurs compétences et leurs connaissances : un (des) diplôme(s) d'université, des revues pharmaceutiques reconnues par la profession et des journées de formation. Des études doctorales peuvent même être entreprises pour soutenir, après 3 ans de recherche, une thèse de doctorat.

Le pharmacien est le détenteur d'un savoir sur les substances, naturelles ou de synthèse, qui sont bénéfiques ou nocives pour notre organisme. Un des buts de sa formation continue est de savoir quelles substances sont retirées du marché ; de connaître les nouvelles substances mises sur le marché, leurs effets secondaires, leurs indications et contre-indications, mais aussi et surtout qui a le droit de prescrire ses substances.

De nos jours, le système de santé est en plein remaniement. Pour beaucoup de professionnels leurs domaines de compétences se voient étendus, notamment en matière de droit de prescription. Le pharmacien devient alors le garant, par ses connaissances, du bon fonctionnement des évolutions des compétences.

❖ **Rôle de diffusion de l'information**

Le pharmacien d'officine est un acteur de santé au cœur du système, puisqu'il exécute les prescriptions des différents professionnels de santé exerçant dans différentes spécialités. Il est investi de rôles importants comme le conseil auprès des usagers : les pharmaciens sont appelés à donner des conseils de santé sans être, pour autant, habilités à se substituer au diagnostic médical et à prescrire des médicaments. [33]

Comme le précise l'article 38 de la loi du 21 /07 /2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) projette le pharmacien dans une dimension de soins tout à fait remarquable.

Ainsi le pharmacien doit-il désormais contribuer, avec le médecin aux soins de 1er recours définis à l'article 36 de la loi (prévention dépistage, conseil pharmaceutique, diagnostic mais aussi orientation dans le secteur de soins et médico-social, éducation pour la santé). Il doit également participer à la coopération entre professionnels de santé et à la mission de service public de la permanence de soins (deux missions que, dans l'intérêt du patient, il était déjà censé assumer mais de façon plus informelle). Et enfin concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé.[34]

C'est dans cette optique de devoir de coopération interprofessionnelle que la pharmacien se doit de connaître chaque profession qu'il doit potentiellement recommander à ses patients demandeurs de conseils.

En ce qui concerne les sages-femmes, bien connaître leur droit de prescription et son étendue, c'est connaître une partie de la profession et ses domaines de compétences. C'est aussi **reconnaitre** la profession et ainsi la faire connaître aux usagers du système de santé. C'est pourquoi le pharmacien d'officine est un acteur de la santé idéalement positionné pour favoriser la reconnaissance de la profession de sage-femme auprès du grand public.

MATERIEL ET
METHODE

1. Type d'étude

Ce travail de recherche est basé sur une étude descriptive, transversale, à visée étiologique.

2. Matériel

2.1. Population

Pour répondre aux objectifs de la recherche, les pharmaciens d'officine de la région Auvergne ont été interrogés.

2.2. Critères d'inclusion

Il a été retenu pour cette étude :

- Les pharmaciens exerçant en officine
- Les pharmaciens exerçant dans la région Auvergne
- Les pharmaciens ayant accepté de répondre au questionnaire de l'étude

2.3. Critères d'exclusion

Il a été exclu pour cette étude :

- Les étudiants en stage dans les officines de la région Auvergne
- Les pharmaciens d'officine exerçant en dehors de la région Auvergne
- Les pharmaciens n'exerçant pas en officine
- Les autres professions exerçant en officine

3. Méthode

3.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les connaissances des pharmaciens d'officine à propos du droit de prescription des sages-femmes.

L'objectif secondaire de notre étude était de réaliser un état des lieux de l'utilisation des différents moyens de mise à jour des connaissances des pharmaciens d'officine dans le cadre de la formation continue.

3.2. Critères de jugement

Pour répondre à notre objectif principal, à partir d'un questionnaire préparé ad hoc pour évaluer les connaissances des pharmaciens d'officine, nous avons établi les pourcentages de bonnes réponses par rapport à une grille de référence.

Par la suite nous avons mesuré les prévalences de chaque moyen de mise à jour utilisé par les pharmaciens d'officine pour leur formation continue.

3.3. Mode de recueil

Les données qui allaient servir de base à notre étude ont été recueillies par un questionnaire de six pages, divisé en trois parties. Dans la première partie nous avons demandé les caractéristiques socioprofessionnelles du pharmacien répondant ainsi que des informations sur l'officine dans laquelle il travaillait ; puis dans la deuxième partie nous avons évalué les connaissances des pharmaciens à l'aide de dix questions ; enfin dans la troisième partie nous avons établi un état des lieux de l'utilisation des différents moyens de mise à jour de leurs connaissances.

3.4. Ethique

Le consentement des pharmaciens d'officine était sous-entendu par le remplissage ou non du questionnaire. Ce questionnaire a respecté l'anonymat de chaque participant : aucun nom n'a été cité et aucune traçabilité ne peut être établie.

3.5. Méthode d'intervention

Dans un premier temps, nous avons sollicité l'Ordre National des Pharmaciens pour diffuser ledit questionnaire par voie électronique via les adresses internet de chaque officine auvergnate, non accessibles au grand public. L'Ordre National des Pharmaciens n'a pas donné suite à notre requête.

Nous avons donc distribué les questionnaires dans des officines situées dans les quatre départements de l'Auvergne (Allier, Puy-de-Dôme, Cantal et Haute-Loire). La diffusion de ce questionnaire a été réalisée par démarche personnelle auprès des officines, grâce notamment à la participation de mes collègues de promotion.

Soit 144 questionnaires ont été distribués du 30 janvier 2012 au 25 février 2012.

98 questionnaires ont été récupérés, soit un taux de réponse de 68,06%.

3.6. Méthode d'évaluation

Le recueil de nos données ainsi que l'ensemble des graphiques et tableaux présents dans ce mémoire ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel.

L'analyse statistique de ces données a été effectuée grâce au logiciel « R-project ». Nous avons utilisé différents tests statistiques :

- Pour comparer deux variables qualitatives binaires dont les effectifs théoriques sont inférieurs à 5, le test de Fisher a été utilisé.

- Pour comparer deux variables qualitatives binaires dont les effectifs théoriques sont supérieurs à 5, le test khi carré d'indépendance a été utilisé.
- Pour comparer une variable qualitative binaire et une variable qualitative catégorielle, nous avons utilisé le test khi carré de tendance.

Pour tous nos tests statistiques nous avons considéré qu'ils étaient significatifs quand la valeur de $p < 0,05$.

RESULTATS

1. Description de la population

1.1. Age de la population

Tableau I. Description de la population en fonction de l'âge

	Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3e quartile	Maximum
Age (ans)	24	32	44	43,2	53,75	64

La population étudiée (n=98) présente un âge moyen de 43,2 ans, avec un âge minimal de 24 ans et un âge maximal de 64 ans. L'âge médian de cet échantillon est de 44 ans.

Deux groupes ont pu être définis en fonction de l'âge médian : les pharmaciens ayant moins de 44 ans (n=48) et les pharmaciens ayant plus de 44 ans (n=50).

1.2. Effectifs en fonction du sexe

Notre échantillon de population est composé à 70,4% de femmes (n=69) et à 29,6% d'hommes (n=29).

1.3. Répartition de la population en fonction des statuts au sein de l'officine

Nous retrouvons dans notre échantillon de population 55,1% de pharmaciens adjoints à l'officine (n=54) et 44,9% de pharmaciens titulaires de l'officine (n=44).

1.4. Répartition en fonction des départements et du type de commune

Les différents types de commune (ville rurale, ville centre, banlieue et ville isolée) sont définis par l'INSEE [35]. L'INSEE a déterminé pour chaque commune le type d'unité urbaine qu'elle était, nous avons juste classé les communes en fonction.

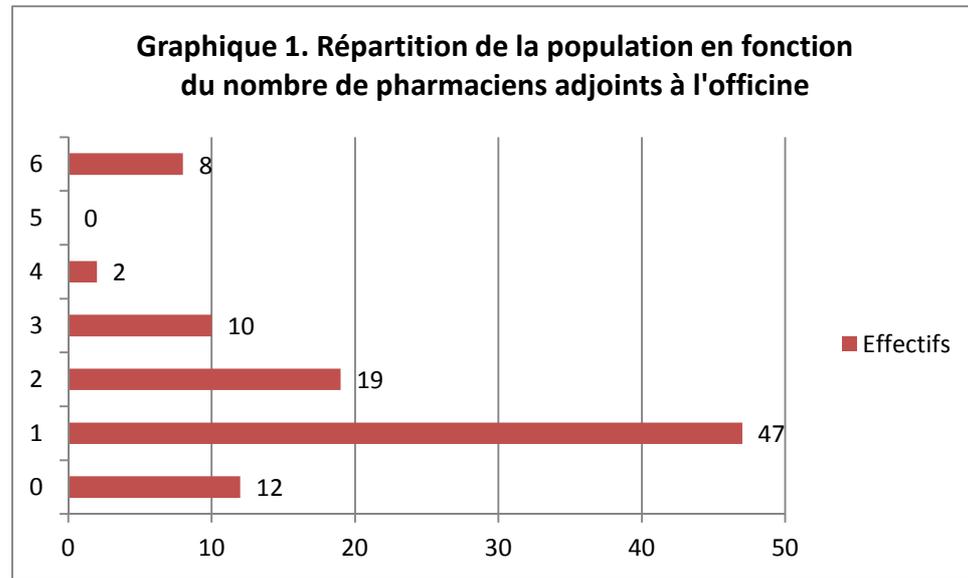
Tableau II. Répartition de la population selon les départements et le type de commune

	Ville rurale	Ville centre	Banlieue	Ville isolée	Totaux(%)
Allier	1	20	7	3	31(31,6%)
Puy-de-Dôme	0	23	12	1	36(36,7%)
Cantal	4	5	3	8	20(20,4%)
Haute-Loire	1	2	3	5	11(11,3%)
Totaux(%)	6(6,2%)	50(51%)	25(25,5%)	17(17,3%)	98(100%)

L'échantillon de population se répartit de la manière suivante en Auvergne : 31,6% des pharmaciens interrogés exercent dans l'Allier (n=31) ; 36,7% exercent dans le Puy-de-Dôme (n=36), 20,4% exercent dans le Cantal (n=20) et 11,3% exercent dans la Haute-Loire (n=11).

6,2% des pharmaciens ayant répondu à l'étude exercent dans des villes rurales (n=6), 51% exercent dans des villes-centres (n=50), 25,5% exercent dans des villes banlieues (n=25) et 17,3% exercent dans des villes isolées (n=17).

1.5. Répartition en fonction de l'envergure de l'officine



Nous pouvons observer qu'il existe une grande disparité entre les officines si on prend en référence le nombre de pharmaciens adjoints à l'officine qu'elles comportent. 12,2 % des pharmaciens exercent dans une officine où il n'y a pas de pharmacien adjoint (n=12) ; 48 % exercent dans une officine ayant 1 pharmacien adjoint (n=47) ; 19,4 % exercent dans une officine ayant deux pharmaciens adjoints (n=19) ; 10,2 % exercent dans une pharmacie ayant trois pharmaciens adjoints (n=10) ; 2 % exercent dans une officine ayant quatre pharmaciens adjoints (n=2) et 8,2 % exercent dans une officine ayant six pharmaciens adjoints (n=8).

En moyenne, il y a 1,7 pharmacien adjoint par officine.

Pour faciliter nos statistiques, deux types d'officines ont été définis en fonction du nombre de pharmaciens adjoints à l'officine : les petites officines ayant moins de deux pharmaciens adjoints à l'officine (n=59) et les grandes officines ayant deux pharmaciens adjoints ou plus (n=39).

1.6. Effectifs en fonction du statut de maître de stage

Notre échantillon de population est composé à 55,1% de pharmaciens exerçant dans une officine avec un titulaire qui est maître de stage (n=54) et à 44,9% de pharmaciens exerçant dans une officine avec un titulaire qui n'est pas maître de stage (n=44).

2. Description et analyse des résultats

2.1. Les connaissances des pharmaciens à propos des compétences des sages-femmes

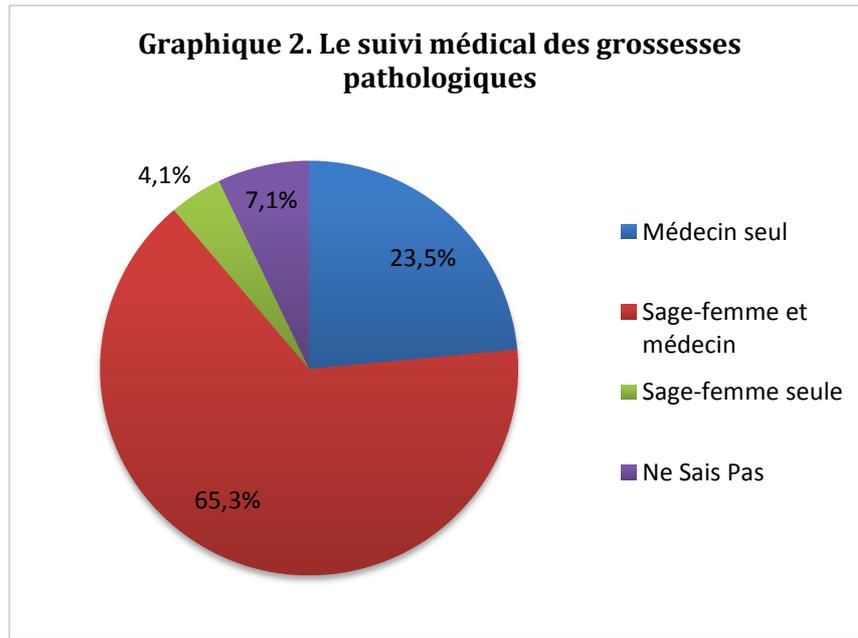
2.1.1. Les consultations de suivi médical de la grossesse, du post-partum, de la visite post-natale physiologiques, ainsi que celles du post-abortum et du suivi gynécologique de prévention

Réponse attendue : toutes ces consultations peuvent être effectuées par la sage-femme.

5,1% des pharmaciens avaient répondu que la sage-femme ne pouvait pas effectuer toutes ces consultations (n=5); 84,7% des pharmaciens avaient répondu que la sage-femme pouvait effectuer ces consultations (n=83) et 10,2% d'entre eux ne se prononçaient pas (n= 10).

2.1.2. Le suivi médical des grossesses pathologiques

Réponse attendue : le suivi médical des grossesses pathologiques peut être réalisé en alternance par un médecin et une sage-femme (sur prescription d'un médecin).



23,5% des pharmaciens estimaient que ce suivi était obligatoirement effectué par un médecin (n=23); 65,3% avaient répondu que ce suivi pouvait être effectué par la sage-femme en alternance avec le médecin (n=64); 4,1% pensaient que ce suivi pouvait être effectué par la sage-femme seule (n=4); 7,1% d'entre eux ne se prononçaient pas (n=7).

2.1.3. La rééducation périnéale

Réponse attendue : la sage-femme peut effectuer la rééducation périnéale.

23,5% des pharmaciens considéraient que la sage-femme ne pouvait pas réaliser la rééducation périnéale (n=23); 65,3% des pharmaciens estimaient que la sage-femme pouvait pratiquer la rééducation périnéale (n=64) et 11,2% d'entre eux ne se prononçaient pas (n=11).

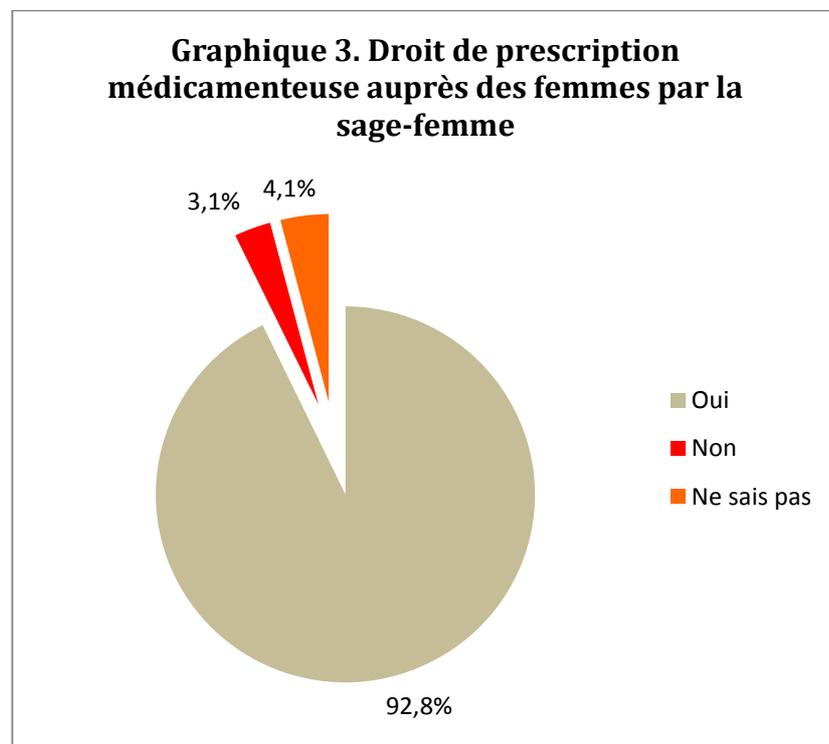
2.1.4. Le suivi médical mensuel du nouveau-né et du nourrisson (en dehors des consultations du 8^{ème} jour, du 6^{ème} mois et à 1 an)

Réponse attendue : la sage-femme peut effectuer le suivi médical mensuel du nouveau-né et du nourrisson (en dehors des consultations du 8^{ème} jour, du 6^{ème} mois et à 1 an).

30,6% des pharmaciens ne considéraient pas que la sage-femme puisse effectuer ce suivi (n=30); 36,7% des pharmaciens pensaient que la sage-femme pouvait réaliser ce suivi (n=36) et 32,7% d'entre eux ne se prononçaient pas (n=32).

2.1.5. Droit de prescription des sages-femmes concernant les médicaments auprès des femmes

Réponse attendue : les sages-femmes peuvent prescrire des médicaments auprès des femmes.



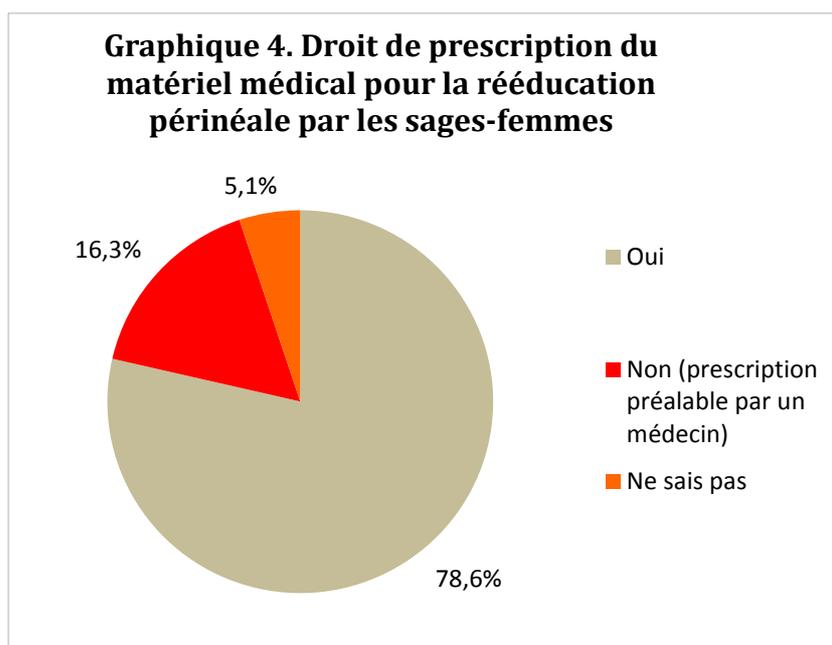
3,1% des pharmaciens considéraient que la sage-femme n'avait pas le droit de prescription auprès des femmes (n=3); 92,8% estimaient que la sage-femme avait le

droit de prescription auprès des femmes (n=91); 4,1% d'entre eux ne se prononçaient pas (n=4).

2.1.6. Droit de prescription des sages-femmes de dispositifs médicaux

Réponses attendues : la sage-femme peut prescrire des dispositifs médicaux (ceux qui lui sont autorisés : le matériel pour la rééducation périnéale en fait partie).

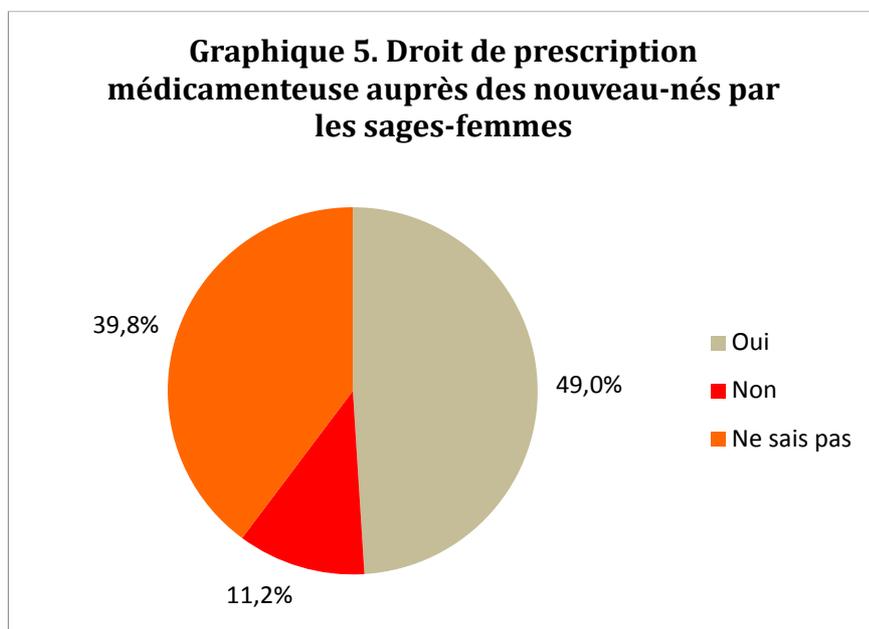
7,1% des pharmaciens considéraient que la sage-femme n'avait pas le droit de prescription pour des dispositifs médicaux (n=7) et 92,9% des pharmaciens pensaient que la sage-femme avait le droit de prescription pour des dispositifs médicaux (n=91).



78,6% des pharmaciens considéraient que la sage-femme pouvait prescrire le matériel médical nécessaire à la rééducation périnéale (n=77); 16,3% des pharmaciens estimaient que le matériel médical nécessaire à la rééducation périnéale devait être prescrit au préalable par un médecin (n=16) et 5,1% ne se prononçaient pas (n=5).

2.1.7. Droit de prescription des sages-femmes concernant les médicaments auprès des nouveau-nés

Réponse attendue : la sage-femme peut prescrire des médicaments auprès du nouveau-né.



11,2% des pharmaciens pensaient que les sages-femmes n'avaient pas le droit de prescription auprès des nouveau-nés (n=11); 49% des pharmaciens considéraient que la sage-femme avait le droit de prescription auprès des nouveau-nés (n=48) et 39,8% d'entre eux ne se prononçaient pas (n=39).

2.2. Les connaissances des pharmaciens à propos du contenu du droit de prescription

2.2.1. Médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur prescription auprès des femmes

Dans le questionnaire, nous avons proposé une liste non exhaustive de 35 items (30 étaient des réponses justes et 5 étaient des réponses fausses) parmi lesquels les pharmaciens devaient cocher les réponses qu'ils pensaient être justes. 91 pharmaciens ont répondu, les 7 autres pensaient que les sages-femmes n'avaient pas le droit de prescription.

- Les réponses justes

Tableau III. Description de la population en fonction des réponses justes à propos des médicaments autorisés à la prescription de la sage-femme auprès des femmes

Minimum	1er quartile (25% de la population)	Médiane	Moyenne	3e quartile (75% de la population)	Maximum
1	13	21	19,59	26	30

Parmi les réponses justes, 25% de la population des pharmaciens (n=23) avaient un taux de réponses exactes inférieur à 43,33% (13/30) ; 50% de la population des pharmaciens (n=45) avaient un taux de réponses exactes compris entre 43,33% (13/30) et 86,66% (26/30) ; et 25% de la population des pharmaciens avaient un taux de réponses exactes supérieur à 86,66% (26/30) avec un maximum de 100% de réponses exactes.

Le taux moyen de réponses justes était de 65,3% soit 19,59/30 réponses justes. La médiane était à 21/30 soit un taux de réponses justes à 70%. Il y a 70,3% de la population de l'étude qui a un taux de réponses justes supérieur à la moyenne (15/30).

Nous avons cherché à savoir si certains paramètres influençaient le fait d'avoir plus de 50% de réponses exactes :

Tableau IV. Influence de paramètres sur un taux de réponses exactes > 50% à propos des médicaments autorisés à la prescription de la sage-femme auprès des femmes

Paramètres évalués	âge	sexe	statut	département	type de commune	envergure de l'officine	titre de maître de stage
Valeur de "p"	0.696	0.078	0.409	0.396	0.307	0.142	0.563

Tous les paramètres évalués n'ont pas influencé un taux de réponses justes supérieur à 50% puisqu'il n'existe pas de différence statistiquement significative pour chaque paramètre ($p > 0,05$).

*Quelques exemples de réponse :

- *Parmi les nouveautés :*

Les anti-sécrétoires gastriques : 50,5% des pharmaciens ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire cette classe de médicament ; 49,5% pensaient qu'elle ne pouvait pas.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens : 26,4% des pharmaciens ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire cette classe de médicament ; 73,6% pensaient qu'elle ne pouvait pas.

Le salbutamol : 68,1% des pharmaciens ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire le salbutamol ; 31,9% pensaient qu'elle ne pouvait pas.

Les médicaments homéopathiques : 81,3% des pharmaciens ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire de l'homéopathie ; 18,7% pensaient qu'elle ne pouvait pas.

- *Parmi les contraceptifs :*

Les contraceptifs hormonaux oraux : 87,9% des pharmaciens ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire une contraception hormonale orale ; 12,1% ont répondu qu'elle ne pouvait pas.

La contraception d'urgence : 75,8% des pharmaciens ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire la contraception d'urgence ; 24,2% ont répondu qu'elle ne pouvait pas.

L'anneau contraceptif : 80,2% des pharmaciens ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire l'anneau contraceptif ; 19,8% ont répondu qu'elle ne pouvait pas.

L'implant contraceptif : 59,3% des pharmaciens ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire l'implant contraceptif ; 40,7% ont répondu qu'elle ne pouvait pas.

Le patch contraceptif : 68,1% des pharmaciens ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire le patch contraceptif ; 31,9% ont répondu qu'elle ne pouvait pas.

- *Parmi les vaccins :*

Le vaccin contre la grippe : 46,2% des pharmaciens ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire ce vaccin ; 53,8% ont répondu qu'elle ne pouvait pas.

Le vaccin contre la rubéole : 60,4% des pharmaciens ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire ce vaccin ; 39,6% ont répondu qu'elle ne pouvait pas.

Le vaccin contre l'hépatite B : 46,2% ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire ce vaccin ; 53,8% ont répondu qu'elle ne pouvait pas.

Le vaccin DTCP (contre la poliomyélite, le tétanos, la diphtérie et la coqueluche) : 49,5% ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire ce vaccin ; 50,5% ont répondu qu'elle ne pouvait pas.

Le vaccin préventif contre les lésions du col de l'utérus (HPV) : 29,7% ont répondu que la sage-femme pouvait prescrire ce vaccin ; 70,3% ont répondu qu'elle ne pouvait pas.

- **Les réponses fausses**

Parmi les réponses fausses, 75% de la population (n=68) n'avaient pas coché ces items ou un seul et 25% de la population des pharmaciens (n=23) avaient coché un ou plusieurs items (maximum 3).

2.2.2. Dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire

Dans le questionnaire nous avons cité tous les dispositifs médicaux autorisés à la prescription des sages-femmes excepté le matériel médical utilisé pour la rééducation périnéale, qui a bénéficié d'une question à part entière. Il y avait trois réponses fausses parmi la liste proposée. 91 pharmaciens ont répondu, les 7 autres pensaient que les sages-femmes n'avaient pas le droit de prescription pour ces dispositifs médicaux.

- **Les réponses justes**

Tableau V. Description de la population en fonction des réponses justes à propos de la prescription des dispositifs médicaux autorisés aux sages-femmes

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3e quartile	Maximum
1	6	8	6,835	8	9

Parmi les réponses justes, 25% de la population des pharmaciens (n=23) avaient un taux de réponses exactes inférieur à 60% (6/10) ; 50% de cette population (n=45) avaient un taux de réponses exactes compris entre 60% (6/10) et 80% (8/10) et 25% de cette population avaient un taux de réponses exactes supérieur à 80%, avec un maximum de 90% de réponses exactes (9/10).

Le taux moyen de réponses exactes s'élève à 68,35% soit 6,835/10 bonnes réponses. Il y a 84,6% de cette population qui avait un taux de réponses justes supérieur à la moyenne (5/10).

Exemple : l'item « Dispositifs intra-utérins » a été coché par 42,9% des pharmaciens.

Nous avons cherché à mesurer s'il y avait une influence des paramètres suivants sur le taux de bonnes réponses :

Tableau VI. Influence de paramètres sur un taux de réponses justes > 50% à propos de prescription de dispositifs médicaux autorisés aux sages-femmes

Paramètres évalués	âge	sexe	statut	département	type de commune	envergure de l'officine	titre de maître de stage
Valeur de "p"	0.013	0.519	0.032	0.417	0.146	0.008	0.947

L'âge, le statut au sein de l'officine et l'envergure de l'officine sont des éléments qui influencent le taux de bonnes réponses puisqu'il existe une différence statistiquement significative avec $p < 0,05$ (respectivement $p= 0,013$, $p=0,032$ et $p=0,008$). Les autres facteurs ne sont pas des facteurs influant sur le taux de bonnes réponses puisque nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative pour chacun d'entre eux ($p>0,05$).

L'analyse statistique de l'odd ratio (OR) et de son intervalle de confiance (IC) à 95% a permis de démontrer que les pharmaciens de plus de 44 ans seraient favorisés pour avoir un taux de bonnes réponses supérieur à 50% (OR=0,048 avec IC à 95% [0,008 ; 0,154]).

L'analyse statistique de l'odd ratio (OR) et de son intervalle de confiance (IC) à 95% a permis de démontrer que le statut de titulaire de l'officine favorisait un taux de bonnes réponses supérieur à 50% (pour les pharmaciens titulaires : OR=0,17 avec IC à 95% [0,03 ; 0,68]).

L'analyse statistique de l'odds ratio (OR) et de son intervalle de confiance (IC) à 95% a permis de démontrer que les petites pharmacies favorisaient un taux de bonnes réponses supérieur à 50% (pour les pharmaciens titulaires : OR=0,17 avec IC à 95% [0,04 ; 0,57]).

- **Les réponses fausses**

Parmi les réponses fausses, 75% de la population (n=68) n'avaient pas coché ces items ou un seul et 25% de la population des pharmaciens (n=23) avaient coché un ou plusieurs items (maximum 2).

2.2.3. Médicaments autorisés aux sages-femmes pour le renouvellement d'une prescription faite par un médecin dans le cadre d'une grossesse pathologique

Dans le questionnaire nous avons proposé une liste de 7 items dont 2 étaient des réponses justes (la nicardipine et la nifedipine). Nous n'avons pas pris en compte les anti-inflammatoires non stéroïdiens comme traitement en cas de dysménorrhées, car nous sommes dans le cadre des grossesses pathologiques.

Parmi les réponses fausses, 75% de la population (n=74) n'avaient pas coché ces items ou un seul et 25% de la population des pharmaciens (n=24) avaient coché un ou plusieurs items (maximum 5). 15,3% des pharmaciens avaient coché les anti-diabétiques oraux.

Concernant la nicardipine, 63,3% de la population n'avaient pas coché l'item et concernant la nifedipine, 56,1% de la population n'avait pas coché l'item.

2.2.4. Médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur prescription auprès des nouveau-nés

Dans le questionnaire, nous avons proposé une liste non exhaustive de 11 items (10 étaient de bonnes réponses et 1 était une réponse fausse) parmi lesquels les pharmaciens devaient cocher les réponses qu'ils pensaient être justes. 48 pharmaciens ont répondu, les 50 autres pensaient que les sages-femmes n'avaient pas le droit de prescription pour les nouveau-nés ou ne se prononçaient pas.

- **Les réponses justes**

Tableau VII. Description de la population en fonction des réponses justes à propos de la prescription médicamenteuse autorisée aux sages-femmes auprès des nouveau-nés

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3e quartile	Maximum
2	5	7	6,854	9	10

Parmi les réponses justes, 25% de la population des pharmaciens (n=12) avaient un taux de réponses justes inférieur à 50% (5/10) ; 50% de la population des pharmaciens (n=24) avaient un taux de réponses justes compris entre 50% (5/10) et 90% (9/10) ; et 25% de la population des pharmaciens avaient un taux de réponses justes supérieur à 90% (9/10) avec un maximum de 100% de réponses justes.

Le taux moyen de réponses justes était de 68,54% soit 6,854/10 réponses justes. Il y a 75% de la population de l'étude qui a un taux de réponses justes supérieur à la moyenne (5/10).

Nous avons recherché si certains paramètres étudiés influençaient le taux de bonnes réponses :

Tableau VIII. Influence de paramètres sur un taux de réponses exactes > 50% à propos de la prescription médicamenteuse autorisée aux sages-femmes auprès des nouveau-nés

paramètres évalués	âge	sexe	statut	département	type de commune	envergure de l'officine	titre de maître de stage
valeur de "p"	0.407	0.648	0.199	0.021	0.385	0.383	0.674

Il existe une différence statistiquement significative entre les départements d'Auvergne au niveau des taux de bonnes réponses des pharmaciens puisque $p < 0,05$ ($p=0,021$). Les autres paramètres ne révèlent pas de différence statistiquement significative puisque $p > 0,05$ pour tous les paramètres : il n'y a pas de lien entre ces paramètres et les taux de bonnes réponses des pharmaciens.

Une analyse statistique des odds ratio (OR) avec leur intervalle de confiance (IC) à 95% nous révèle que c'est le département de l'Allier qui favorise un taux de réponse supérieur à 50% à propos de la prescription médicamenteuse autorisée aux sages-femmes auprès des nouveau-nés (OR= 0,27 avec un IC à 95% [0,10 ; 0,63]).

- **Les réponses fausses**

Pour l'item faux (les antibiotiques) 45/48 pharmaciens ne l'avaient pas coché soit 93,75%.

2.2.5. Remboursement des prescriptions émanant d'une sage-femme

23,5% des pharmaciens pensaient qu'une prescription émanant d'une sage-femme n'était pas remboursée au même titre qu'une prescription émanant d'un médecin (n=23) ; 53% des pharmaciens estimaient que le remboursement des prescriptions était au même titre (n=52) et 23,5% d'entre eux ne se prononçaient pas (n=23).

2.3. Les moyens de mises à jour des connaissances utilisés par les pharmaciens

2.3.1. Formation initiale

79,6% des pharmaciens ayant répondu disaient **ne pas avoir eu** un enseignement ciblé à propos des droits de prescription des différents professionnels de santé concernés au cours de leurs études (n=78) ; 13,3% d'entre eux disaient avoir eu un tel enseignement au cours de leurs études (n=13) et 7,1% d'entre eux ne se rappelaient pas si un tel enseignement leur avait été dispensé (n=7).

2.3.2. Formation continue

*Aucun des 98 pharmaciens ayant répondu à l'étude n'avait effectué une formation récente concernant les droits de prescription des professionnels de santé.

*73,5% des pharmaciens étaient abonnés à des revues pharmaceutiques au moment de l'étude (n=72) et 26,5% d'entre eux n'étaient pas abonnés au moment de l'étude (n=26).

*75,5% des pharmaciens consultaient des sites internet pour mettre à jour leurs connaissances au moment de l'étude (n=74) et 24,5% d'entre eux ne consultaient pas de site internet pour mettre à jour leurs connaissances (n=24).

*A propos de la consultation du Journal Officiel de la République Française (version papier ou site internet), 3,1% des pharmaciens disaient le consulter régulièrement (n=3) ; 0% disaient le consulter souvent (n=0); 42,9% disaient le consulter rarement (n=42); 54,1% disaient ne jamais le consulter (n=53).

2.3.3. Facteurs personnels

*22,4% des pharmaciens de l'étude (n=22) avaient une sage-femme dans leur entourage (famille, amis..) et 77,6% d'entre eux n'en connaissaient pas (n=76).

*30,6% des pharmaciens de l'étude (n=30) avaient eu des contacts à titre personnel avec une sage-femme dans le cadre des compétences de la sage-femme et 69,4% d'entre eux n'en avaient pas eu (n=68).

*20,4% des pharmaciens de l'étude (n=20) avaient déjà eu des contacts professionnels avec une sage-femme dans le cadre de leurs compétences de pharmaciens et 79,6% d'entre eux n'en avaient pas eu (n=78).

DISCUSSION

1. Critique de l'étude

1.1. Les limites de l'étude

Différents biais ont été rencontrés lors de l'élaboration de notre étude. Tout d'abord un biais de sélection, les résultats de notre étude se limitant aux pharmaciens officinaux de la région Auvergne, ils ne peuvent pas être généralisés à une plus large population en raison des spécificités inhérentes à la région (formations, répartition territoriale des officines...).

Ensuite, un biais de mesure est retrouvé : la distribution des questionnaires ayant été réalisée par démarchage auprès des pharmaciens d'officine, nous avons été restreints dans notre périmètre d'action pour des raisons budgétaires (coût des déplacements et de l'impression des questionnaires). L'ensemble des officines d'Auvergne n'a donc pas pu être sollicité.

De plus, l'étude a été menée du 30 janvier 2012 au 25 février 2012, soit un peu plus de trois mois après les dernières réformes législatives concernant le droit de prescription des sages-femmes : les professionnels en exercice n'avaient pas le recul suffisant nécessaire à l'étude.

Enfin, les pharmaciens d'officine sont actuellement confrontés aux changements qui concernent les professions de santé : certaines gagnent un droit de prescription nouveau et limité (kinésithérapeutes, infirmiers, podologues...). Ils doivent les connaître, ainsi que les modifications que subissent certains droits de prescription déjà existants (comme celui des sages-femmes, remanié récemment).

L'étude, non exhaustive, se limite à la connaissance de certaines compétences par les pharmaciens d'officine. Une en particulier voulait être approfondie : le droit de prescription des sages-femmes et son contenu. Tous les médicaments autorisés à la prescription de la sage-femme auprès des femmes n'ont pas été évalués, la liste étant trop conséquente. Nous cherchions à garder un questionnaire de taille et de temps de remplissage abordables pour ne pas avoir un taux de non-répondants trop important.

Les résultats de l'étude sont basés sur une enquête déclarative des pharmaciens d'officine vis-à-vis de leurs connaissances et ne sont donc pas contrôlés par une observation extérieure, ce qui aurait permis des données plus fiables.

1.2. Les atouts

Les questionnaires de notre étude ont pu être distribués dans les quatre départements de la région Auvergne et dans des officines installées dans les quatre types de communes définies par l'INSEE [35]. Grâce à un taux de réponses relativement satisfaisant (68,06%), nous avons pu constituer un échantillon de pharmaciens officinaux représentatif des différents milieux d'exercice en officine.

2. Analyse et discussion des résultats

2.1. La population

La population de l'étude présentait un âge moyen de 43,2 ans, c'est une population plus jeune que la population nationale moyenne des pharmaciens d'officine puisque l'âge moyen de cette population est de 46,2 ans. [36] Cette différence peut s'expliquer par le fait que les plus jeunes pharmaciens étaient les plus réceptifs à notre étude, par intérêt ou par solidarité, et donc ont été plus nombreux à répondre à notre questionnaire.

En effet, 49% de la population avait moins de 44 ans lors de l'étude, alors qu'au niveau national seulement 42,1% de la population officinale nationale a moins de 44 ans. [36]

Le panel de l'étude était constitué à 70,4% de femmes, elle donc plus « féminine » que la population nationale puisque 67,7% des pharmaciens officinaux au 1^{er} janvier 2011 sont des femmes, en France. [36] Cette différence s'explique par le fait

que l'Auvergne est une région où on observe une forte féminisation de la profession (dans la région Auvergne, 70,1% de pharmaciens sont des femmes alors qu'au niveau national elles représentent 66,4% de la population des pharmaciens).

L'échantillon de l'étude est composé à 55,1% de pharmaciens titulaires et à 44,9% de pharmaciens adjoints : la répartition des statuts est moins homogène dans notre population puisqu'au niveau national la population officinale est composée à 52% de titulaires et à 48% d'adjoints. [36] Cette différence s'explique par le fait qu'en Auvergne la répartition des statuts est plus nette qu'au niveau national : 57,6% de pharmaciens titulaires et 42,4% de pharmaciens adjoints.

Le statut de maître de stage est acquis pour 55,1% de notre population contre seulement 23,1% de la population officinale auvergnate totale. [37] On peut supposer que le mode de diffusion de notre questionnaire a favorisé cette tendance car la majeure partie des pharmaciens maîtres de stage exercent en ville centre et/ou en banlieue et que ce sont les deux types de communes les plus représentées dans notre étude (respectivement 51% et 25,5%).

2.2. Les connaissances

De façon générale le travail de recherche effectué est assez novateur puisqu'il n'existe pas ou très peu de travaux portant sur notre sujet. Il a donc été difficile de trouver matière à corroborer ou infirmer nos hypothèses.

2.2.1. Les compétences des sages-femmes

Toutes les compétences des sages-femmes ne concernent pas directement le pharmacien d'officine en tant que tel, mais il doit être à même d'orienter les patients vers des professionnels compétents lorsque ceux-ci cherchent conseils auprès d'eux. Ils doivent donc avoir à l'esprit l'ensemble des domaines d'action d'une sage-femme.

Or l'ensemble de nos compétences n'est pas encore bien connu par les pharmaciens : 84,7% savaient que la sage-femme pouvait réaliser les consultations de suivi médical de la grossesse, du post-partum, de la visite post-natale physiologiques, ainsi que celles du post-abortum et du suivi gynécologique de prévention ; 65,3 % savaient que le suivi médical des grossesses pathologiques peut être fait en alternance par un médecin et une sage-femme (sur prescription d'un médecin) ; 65,3% savaient que la sage-femme pouvait effectuer la rééducation périnéale et seulement 36,7% savaient que la sage-femme peut effectuée le suivi médical mensuel du nouveau-né et du nourrisson (en dehors des consultations du 8^{ème} jour, du 6^{ème} mois et à 1an).

Le dernier chiffre n'est pas uniquement imputable à un manque de connaissance de leur part car dans les textes de lois cette compétence n'est pas citée comme telle. Simplement les textes de lois stipulent que « *l'exercice de la sage-femme comporte la pratique [...] des soins post-nataux en ce qui concerne la mère et l'enfant...* » [38, Annexe I] ; or la loi ne définit pas précisément la durée de la période post-natale et parle bien « d'enfant » et non de nouveau-né ou nourrisson. Nous pouvons donc en déduire que le suivi pédiatrique mensuel jusqu'à 1 an peut être effectué par les sages-femmes. Mais les pharmaciens d'officine ne sont pas censés connaître les subtilités d'interprétation des textes de lois qui peuvent nous conférer une compétence supplémentaire !

De manière générale, la profession de sage-femme est méconnue. Aussi bien par le public concerné (les femmes en âge de procréer) [18] que par les autres professions de santé (ex : les médecins généralistes [19]). Les pharmaciens ne dérogent pas à la règle. Le problème n'est pas dans l'accès à l'information car les pharmaciens font partie d'une catégorie sociale favorisée pour accéder facilement à l'information [39] ; le problème est un problème de fond : il y a un défaut de communication et d'information sur les compétences réelles des sages-femmes, même à propos des compétences en lien direct avec leur profession.

Les connaissances en matière de droit de prescription sont parfois surprenantes : certains pharmaciens n'ont pas encore intégré que la sage-femme avait le droit de prescription (compétence pourtant acquise depuis 1952) !

7,2% des pharmaciens ne savaient pas que la sage-femme avait le droit de prescription auprès des femmes (soit ils ne se prononçaient pas soit ils considéraient que cette compétence ne faisait pas partie des leurs) ; 7,1% pensaient que la sage-femme ne pouvait pas prescrire des dispositifs médicaux ; 21,4% des pharmaciens ne savaient pas que la sage-femme pouvait prescrire le matériel médical pour la rééducation périnéale (soit ils ne se prononçaient pas soit ils considéraient également que cette compétence ne leur était pas attribuée) ; et seulement 49% d'entre eux savaient que les sages-femmes avaient le droit de prescription auprès des nouveau-nés !

2.2.2. Le contenu du droit de prescription des sages-femmes

Dans le questionnaire, nous nous sommes surtout intéressés au droit de prescription effectif des sages-femmes : des listes comprenant majoritairement des réponses justes ont été proposées. Cela a créé un biais de mesure car les réponses justes et fausses n'étaient pas en nombre similaire, de plus des réponses ont pu être interprétées comme « pièges » pour ne pas cocher la grande majorité des cases...

a. Droit de prescription auprès des femmes

Le taux moyen de réponses exactes (parmi les items proposés) des pharmaciens était de 65,3% soit un peu moins que 2/3. Ce taux est acceptable mais insuffisant.

Certaines catégories de médicaments sont particulièrement méconnues des pharmaciens, les vaccins par exemple : à part le vaccin contre la rubéole (60,4% des pharmaciens savaient que la sage-femme a le droit de le prescrire), les pharmaciens n'ont pas intégré franchement dans leur connaissance que les sages-femmes avaient le droit de prescription pour les vaccins (les taux de bonne réponse sont tous inférieurs à 50%). La méconnaissance de ces vaccins peut s'expliquer par le fait qu'ils ne sont pas souvent prescrits sur le plan pratique, donc les pharmaciens ne sont pas souvent confrontés à ce type de prescription. De plus, il y a également une méconnaissance du

droit de prescription des vaccins de la part des sages-femmes : 83% des sages-femmes connaissent leur droit de prescription pour le vaccin de la rubéole, 56% pour le vaccin de l'hépatite B et les autres vaccins ne bénéficiant que d'un taux de connaissance inférieur à 50%... [40].

Les nouveautés médicamenteuses récemment accordées aux sages-femmes (derniers arrêtés d'octobre 2011) sont aussi mal connues, du moins de façon inégale : les anti-sécrétoires gastriques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont peu ou très peu connus des pharmaciens comme prescriptions possibles d'une sage-femme (respectivement 50,5% et 26,4% de bonne réponse). En revanche, le salbutamol et les médicaments homéopathiques sont bien reconnus : respectivement 68,1% et 81,3% de bonne réponse. Nous allons supposer que l'information des nouveautés est réalisée de façon égale pour toutes les nouveautés, alors dans ce cas comment peut-on expliquer cette inégalité de connaissance ? Nous pouvons supposer que, comme les deux dernières spécialités médicamenteuses sont en rapport direct avec notre profession et les compétences qui nous sont dévolues, les pharmaciens reconnaissent naturellement ces spécialités comme faisant partie de notre droit de prescription de façon logique.

En outre, les contraceptifs sont une catégorie de médicaments bien reconnus comme faisant partie de notre droit de prescription, le taux de bonne réponse le moins satisfaisant est de 59,3% et il concerne l'implant contraceptif. On peut attribuer ce taux un peu plus faible par le fait que la législation actuelle permet aux sages-femmes de prescrire l'implant contraceptif mais pas de pratiquer sa pose, donc c'est une prescription qui ne doit pas être souvent rencontrée par les pharmaciens.

Les pharmaciens connaissent très bien ce que les sages-femmes ne peuvent pas prescrire : 75% d'entre eux n'avaient pas coché une seule réponse fausse. Mais est-ce le reflet exact des connaissances ou un biais de mesure ? Le fait est que nous ne pouvons pas déterminer si les cases ont été délibérément non cochées (connaissance) ou si elles ne l'ont pas été par incertitude (défaut de connaissance).

b. Droit de prescription des dispositifs médicaux

Le taux moyen de réponses exactes (parmi les items proposés) des pharmaciens était de 68,35%, un taux satisfaisant mais améliorable. Nous pouvons présumer que ce taux est meilleur que celui des médicaments prescriptibles auprès des femmes car la liste des dispositifs médicaux est plus restreinte et moins soumise à des remaniements.

Le nouveau dispositif médical autorisé à la prescription des sages-femmes depuis octobre 2011 est le dispositif intra-utérin, il n'est pas reconnu comme prescription possible des sages-femmes par les pharmaciens : seulement 42,9% d'entre eux savaient que les sages-femmes pouvaient les prescrire. Le texte de loi n'étant en vigueur que trois mois avant notre étude, nous pouvons accorder ce manque de connaissance au manque de recul par rapport à la législation et son application effective.

Les pharmaciens de moins de 44 ans ainsi que les pharmaciens titulaires semblent être les pharmaciens les plus à même de bien connaître le droit de prescription des dispositifs médicaux par les sages-femmes. Nous pouvons supputer que les pharmaciens de moins de 44 ans ont une meilleure connaissance car ils ont toujours connu les sages-femmes comme pouvant prescrire des dispositifs médicaux (depuis 1952, puis élargissement en 1959, 1983 et 1988) et qu'ils ont été sensibilisés à ces changements durant leurs études, donc au moment de leur formation (plus réceptifs).

Il semblerait également que les petites pharmacies favoriseraient un taux de bonnes réponses supérieur à 50%. Ce résultat semble ponctuel puisque la taille de la pharmacie n'influence pas les autres résultats. Les pharmaciens exerçant dans les petites officines, donc vraisemblablement les officines ayant moins d'activité, ont dû remplir le questionnaire avec plus d'attention que les pharmaciens des grandes officines.

Les pharmaciens connaissent très bien ce que les sages-femmes ne peuvent pas prescrire : 75% d'entre eux n'avaient pas coché une seule réponse fausse. Mais, comme précédemment, est-ce le reflet exact des connaissances ou un biais de mesure ?

c. Droit de renouvellement d'une prescription émanant d'un médecin dans le cadre d'une grossesse pathologique

Les renouvellements de prescription médicamenteuse par les sages-femmes sont mal connus des pharmaciens : 63,3% des pharmaciens ignoraient que la nicardipine (Loxen®) pouvaient être prescrite par la sage-femme en renouvellement et 56,1% d'entre eux ne savaient pas que la nifédipine (Adalate®) pouvaient être prescrite par la sage-femme en renouvellement.

Il faut signaler que parmi les réponses fausses 15,3% des pharmaciens avaient coché les anti-diabétiques oraux alors qu'ils sont contre-indiqués pendant la grossesse.

d. Droit de prescription auprès des nouveau-nés

On peut tout d'abord signaler que 50 pharmaciens sur les 98 ayant répondu n'ont pas coché d'items dans la liste proposée car ils pensaient que la sage-femme n'avait pas le droit de prescription auprès des nouveau-nés ou qu'ils ne savaient pas si c'était une compétence des sages-femmes. Les différentes compétences des sages-femmes ne sont manifestement pas au même niveau de reconnaissance. On peut attribuer cette méconnaissance au fait que les sages-femmes exercent rarement leur compétence en matière de suivi des nouveau-nés, donc elles prescrivent peu pour les nouveau-nés.

Le taux moyen de bonnes réponses des pharmaciens était de 68,54%, taux satisfaisant dans l'hypothèse que peu de prescriptions ont été vues par ceux-ci.

Il semble que les pharmaciens exerçant dans l'Allier ont une meilleure connaissance du droit de prescription auprès des nouveau-nés par rapport aux pharmaciens des autres départements de la région Auvergne. Le mode de diffusion du questionnaire a fait que les pharmaciens d'Auvergne interrogés sont des pharmaciens exerçant à Moulins, Vichy ou Montluçon (et leurs alentours). Or il y a une maternité (de niveau II) et au moins une sage-femme libérale exerçant dans chacune de ces villes [41], on peut donc en déduire que les pharmaciens de l'Allier interrogés avaient un cadre d'exercice favorisant.

93,75% des pharmaciens savaient que les antibiotiques ne font pas partie du droit de prescription des sages-femmes auprès des nouveau-nés (reflet exact des connaissances ou un biais de mesure ?)

2.3. Les moyens de mise à jour des connaissances

2.3.1. La formation initiale

79,6% des pharmaciens déclaraient ne jamais avoir eu d'enseignement ciblé à propos des droits de prescription des différents professionnels de santé et 7,1% d'entre eux ne se rappelaient pas avoir eu un tel enseignement. Et parmi ceux qui avaient eu un enseignement ciblé sur ce thème, certains ont précisé que leur enseignement avait eu comme sujet les infirmiers ou les médecins.

Nous pouvons donc constater que la formation initiale n'est pas adaptée à l'apprentissage des compétences des futurs pharmaciens d'officine, en tout cas concernant leurs connaissances des droits de prescription des différents professionnels de santé.

2.3.2. La formation continue

Les différents moyens de mise à jour des connaissances en matière de formation continue ne sont pas utilisés de façon homogène : les revues pharmaceutiques et les sites internet sont plutôt beaucoup utilisés (respectivement 73,5% et 75,5%) ; en revanche, le Journal Officiel de la République Française (JORF) est très peu utilisé (97% des pharmaciens le consulte rarement ou jamais). Pourtant c'est le meilleur moyen d'être à jour au fur et à mesure de l'évolution de la législation, cependant la consultation du JORF est fastidieuse.

Par ailleurs, l'ensemble des pharmaciens interrogés dans notre étude disaient ne pas avoir eu de formation récente concernant les droits de prescription des professionnels de santé. La notion « récente » n'a pas été précisée dans notre questionnaire, mais on peut tout de même trouver regrettable qu'il n'y ait pas plus de journées de formation proposées aux pharmaciens officinaux afin de mettre à jour leurs connaissances sur les différents professionnels de santé et leurs compétences, particulièrement quand ces professionnels ont un droit de prescription.

2.3.3. Les facteurs personnels

Parmi les facteurs personnels sondés, nous avons cherché à savoir si les pharmaciens interrogés avaient déjà eu un contact professionnel avec une sage-femme dans le cadre de leurs compétences de pharmaciens (présentation lors d'une installation en cabinet libéral, litige à propos d'une ordonnance...) : seulement 20,4% d'entre eux avaient déjà eu de tels contacts avec une sage-femme. Il paraîtrait pourtant normal que chaque nouvelle sage-femme s'installant en cabinet libéral vienne se présenter aux différents professionnels de santé des alentours, spécifiquement les professionnels étant en interface directe avec l'une de leur compétence comme les pharmaciens d'officine. Surtout qu'il y a de plus en plus de sages-femmes qui s'installent en libéral [41], elles auraient tout intérêt à diffuser elles-mêmes les informations nécessaires sur leur profession lors de leur installation.

3. Projet d'action

Ces résultats nous montrent d'une part que les connaissances des pharmaciens d'officine à propos du droit de prescription des sages-femmes sont inégales : aussi bien sur le plan pharmaceutique à proprement parler (classes thérapeutiques des médicaments...) que sur le plan sociodémographique (en fonction des départements, de l'âge...). D'autre part, les résultats ont aussi démontré que les mises à jour des connaissances n'étaient pas forcément effectuées de manière régulière puisque les remaniements récents des différentes listes de médicaments et dispositifs médicaux autorisés à la prescription des sages-femmes n'étaient pas connus de tous. Pourtant la majeure partie des pharmaciens était intéressée de connaître les réponses exactes au questionnaire et étaient demandeurs de moyens techniques de mise à jour.

3.1. Diffuser les textes de loi mis à jour

Nous avons pu remarquer l'évolution très rapide des compétences des sages-femmes, en particulier pour ce qui concerne le droit de prescription cette dernière année. Certains pharmaciens ne semblent pas encore être informés de l'attribution de nouvelles compétences aux sages-femmes, et ce malgré leur publication au Journal officiel. Des compétences qui, pourtant, les concernent directement puisqu'ils en sont les exécuteurs directs.

Aussi, il serait intéressant d'**envoyer aux pharmaciens d'officine une plaquette récapitulative des dernières mises à jour concernant le droit de prescription des sages-femmes**. Plaquette rappelant les listes de médicaments et dispositifs médicaux autorisés à la prescription des sages-femmes selon les arrêtés du 12 octobre 2011, ainsi qu'un **résumé des différents champs de compétences des sages-femmes**. Ces listes étant souvent soumises à des remaniements, des adresses électroniques seront indiquées sur la plaquette afin de fournir des outils adéquats aux pharmaciens d'officine pour mettre à jour leurs connaissances.

Cette initiative pourrait être prise en collaboration avec le Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes dans un but de reconnaissance de notre profession au sein d'une autre profession de santé directement en interaction avec l'une de nos

compétences. On pourrait même envisager la collaboration de certains laboratoires pour le financement du projet puisque certains sont ravis de l'expansion de la diffusion de leurs produits pharmaceutiques (les médicaments homéopathiques par exemple...).

3.2. Adapter les formations initiale et continue

Tout d'abord, il apparaît évident que la **formation initiale** doit fournir l'ensemble des connaissances et outils aux futurs pharmaciens d'officine, afin de qu'ils puissent exercer de façon optimale leurs compétences. Cependant, nous avons noté qu'aucun pharmacien ayant répondu à un questionnaire n'avait eu d'enseignement théorique durant ses études sur les droits de prescription des professions de santé à compétences définies.

Il convient donc que **les objectifs de formation initiale correspondent aux compétences attendues de la profession.**

La **formation continue** constitue également un outil indispensable à développer chez les pharmaciens d'officines. Selon les répondants de notre étude, aucun d'entre eux n'avaient eu accès à une formation récente ayant pour sujet « les droits de prescription des professions de santé ».

La formation continue, obligation professionnelle, doit désormais être développée auprès des pharmaciens d'officine. Elle peut correspondre à des **journées de formation professionnelle à propos des droits de prescription des professionnels de la santé** organisées par le Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens en association avec les Conseils de l'Ordre des différentes professions concernées (Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes par exemple). Ces journées sont le lieu de prédilection pour faire le point sur les compétences et les pratiques.

On peut également envisager des interventions de sages-femmes au sein de colloques ou de congrès afin de mettre à jour les connaissances des pharmaciens d'officine sur leur droit de prescription.

3.3. Valoriser les compétences des sages-femmes

Les sages-femmes n'exploitent pas entièrement leur champ de compétences, et ce parce qu'elles n'occupent pas la place qui leur est due au sein du système de santé français. Valoriser la place de la sage-femme dans l'offre de soins est un point essentiel, point que le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes s'évertue à mettre en avant au niveau politique.

Pour ce faire, les services des établissements de santé pourraient créer des postes de sages-femmes de consultations supplémentaires, ou encore permettre l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques, afin d'offrir la possibilité pour les patientes d'un suivi global. [42]

De par son champ de compétences et dans un souci de santé publique et d'économie de la santé, **la sage-femme doit devenir l'interlocuteur référent de la grossesse** : au même titre que les médecins généralistes par rapport aux médecins spécialistes, elles sont à même d'orienter les femmes nécessitant un suivi particulier, en cas de grossesse pathologique, vers un ou plusieurs spécialistes compétents. Mais dans le cas contraire elles devraient être les seules professionnelles de santé à effectuer le suivi médical complet de la grossesse physiologique.

Enfin, il faudrait accentuer l'inclusion des sages-femmes dans les campagnes de dépistage, comme par exemple le dépistage du cancer du col de l'utérus (la réalisation du frottis cervico-utérin étant l'une des compétences dévolues aux sages-femmes).

3.4. Informer sur la profession de sage-femme

Afin de permettre aux sages-femmes d'exercer leurs compétences, il est important de lancer une **campagne de communication auprès du grand public** autour de cette profession très souvent mal connue. En effet, cette profession est trop souvent cantonnée à la pratique de l'accouchement seulement : un préjugé qu'il convient de lever pour donner aux sages-femmes la place qui leur revient. Cette campagne pourrait être menée sous diverses formes (audiovisuelle, presse, internet, radio...) et initiée par l'union nationale des caisses d'assurance maladie, le Ministère de la Santé, l'Ordre des Sages-femmes ou encore l'Organisation Mondiale de la Santé.

CONCLUSION

La revue de littérature a permis de montrer que la profession de sage-femme manquait de reconnaissance aussi bien au niveau du grand public qu'au niveau des autres professionnels de santé. Il a été également expliqué que le pharmacien d'officine occupait une place de choix pour favoriser la diffusion d'informations en matière de santé auprès du grand public, tout particulièrement les informations concernant les différents professionnels de santé pouvant répondre et correspondre à la demande du patient.

Néanmoins, les résultats de l'étude montrent que les pharmaciens d'officine d'Auvergne connaissent mal la profession de sage-femme : ils ne connaissent pas l'étendue du champ de compétence. Même si une compétence en particulier les concerne directement : le droit de prescription.

Les récentes mises à jour législatives relatives à ce droit de prescription nous ont incité à nous intéresser aux connaissances réelles des pharmaciens d'officine à un temps donné. Nous avons observé que des connaissances étaient plutôt satisfaisantes (mais améliorables) pour la majorité des pharmaciens d'officine en Auvergne pour les médicaments autorisés à la prescription des sages-femmes auprès des femmes et pour la prescription des dispositifs médicaux puisque les taux de bonnes réponses avoisinaient les 2/3. En revanche, les pharmaciens d'officine peuvent améliorer leur connaissance du droit de prescription des sages-femmes auprès des nouveau-nés : trop de pharmaciens ignoraient même que la sage-femme avait le droit de prescription auprès des nouveau-nés.

De plus, nous avons constaté que la mise à jour des connaissances n'était pas effectuée de façon régulière : les derniers changements au sujet du droit de prescription ont été apportés trois mois avant la mise en place de cette étude et très peu de pharmaciens connaissaient le contenu de ces changements. Les moyens de mise à jour des connaissances sont insuffisamment utilisés puisque nous avons vu qu'aucun des pharmaciens ayant répondu n'avait eu de formation concernant le droit de prescription des professionnels de santé.

Ce travail de recherche a permis de mettre en évidence le manque de reconnaissance de la profession de sage-femme, même par des professionnels de santé

avec qui les sages-femmes travaillent en étroite collaboration par l'intermédiaire de la prescription. Pourtant les pharmaciens officinaux sont en première ligne du système de santé pour favoriser la diffusion des informations auprès des usagers.

Beaucoup d'actions restent encore à réaliser pour faire valoir notre profession. Tout d'abord à petit échelon en diffusant auprès des pharmaciens officinaux les listes à jour de l'ensemble des médicaments et des dispositifs médicaux autorisés à la prescription des sages-femmes. Ensuite des actions au niveau national et politique devraient être menées pour une valorisation de la profession au sein de l'offre de soins et une campagne d'information et de communication pour faire connaître et reconnaître notre profession et l'étendue de nos compétences auprès du grand public, pour qu'enfin la sage-femme ait la place qui lui revient au sein du système de santé : être considérée comme la spécialiste de la grossesse physiologique et devenir l'acteur de soins référent de la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Généalogie. Les métiers d'autrefois : matrone, sage-femme. Disponible à partir de l'URL : http://www.genealogie.com/v2/genealogie-en-ligne/ancien-metier.asp?id_metier=78 (consulté le 30/10/2011)

[2] Sartori E. Histoire des femmes scientifiques de l'Antiquité au XXe siècle : les filles d'Hypatie. Paris: Plon; 2006. Disponible en partie à partir de l'adresse URL : http://www.ac-amiens.fr/uploads/tx_obladysimpledocs/Femmes_scientifiques.pdf.

[3] Medarus. Portraits de médecins : Louise Bourgeois dite « La Boursier » 1563-1636, Sage-femme de la reine Marie de Médicis. Disponible à partir de l'URL : http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/bourgeois_louise.html (consulté le 30/10/2011)

[4] Medarus. Portraits de médecins : Madame Angélique-Marguerite Du Coudray Le Boursier 1714-1789, Sage-femme des Lumières. Disponible à partir de l'URL : http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/du_coudray.htm (consulté le 30/10/2011)

[5] République française. Décret du 14 juin 1791 relatif aux assemblées d'ouvriers et artisans de même état et profession, dit "Loi LE CHAPELIER". Disponible à partir de l'adresse URL : <http://www.ac-reims.fr/datice/hist-geo/textes/national/lechapelier.htm>.

[6] Medarus. Portraits de médecins : Jean-Louis Baudelocque 1745-1810, médecin accoucheur. Disponible à partir de l'URL : http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/baudelocque_jl.htm (consulté le 30/10/2011)

[7] Le Goff A. Fiche de recherche : Médecin ou officier de santé au XIXe siècle. Archives Nationales 2005 ; 61 : 1. Disponible à partir de l'adresse URL : <http://www.archivesnationales.culture.gouv.fr/chan/chan/pdf/caran/61-medecin-officier-de-sante-XIXe.pdf>.

[8] Larousse. Définition : compétence. Disponible à partir de l'adresse URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compétence/17649#17518>.

[9] Matillon Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Rapport à l'attention de Luc Ferry, ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et de Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Paris : Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2003.

[10] République française. Art. L.4151-7 du Code de la Santé Publique relatif à la formation initiale des sages-femmes. JORF du 17 août 2004.

[11] République française. Art. L.631-1 du Code de l'Education relatif à l'organisation de la première année commune des études de santé. JORF du 8 juillet 2009.

[12] République française. Art. L.4111-1 du Code de la Santé Publique relatif aux conditions d'exercice des professions médicales. Ordonnance du 17 décembre 2009.

[13] Collectif associatif et syndical des sages-femmes, Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Paris : CASSF/CNOSF ; 2010.

[14] République française. Art. L.4153-1 du Code de la Santé Publique relatif à la définition de la formation continue des professionnels de santé. JORF du 22 juillet 2009.

[15] Organisation Mondiale de la Santé. Faits et chiffres sur la profession sage-femme, juin 2011. Disponible à partir de l'URL : <http://www.who.int/features/factfiles/midwifery/fr/> (consulté le 18/09/11)

[16] Ponte C, Nguyen F, Poulain M-A. 40 questions sur le métier de sage-femme. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2007. Préface

[17] Wikipédia. Définition : Sage-femme. Disponible à partir de l'URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Sage-femme> (consulté le 25/08/11)

[18] Drieux E. Sage-femme, qui es-tu ? Connaissance de la profession de sage-femme par les femmes en âge de procréer. Mémoire Sage-femme : Med : université de Clermont-Ferrand. 2008 ; 08. Résultats de l'étude.

[19] Benayon A. Connaissance de la profession sage-femme par les médecins généralistes, collaboration entre les deux professions. Mémoire Sage-femme : Med : université de Clermont-Ferrand. 2008 ; 05. Résultats de l'étude.

[20] Cour des comptes. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. Dans : La sécurité sociale, rapport septembre 2011. 2011 ; 173-198.

[21] Akouka C, Pisani L. Rapport de la Cour des comptes : le rôle essentiel des sages-femmes confirmé. Contact Sages-femmes 2011 ; 29 : 8-10.

[22] République française. Article R. 5194 du Code de la Santé Publique relatif aux mentions légales de la rédaction d'une ordonnance. JORF du 30 décembre 2003.

[23] Larousse Encyclopédie. Définition : prescription. Disponible à partir de l'URL suivante : www.larousse.fr/encyclopedie/medical/prescription/15513 (consulté le 12/11/2011)

[24] République française. Arrêté du 7 août 1952 relatif au droit de prescriptions pour les sages-femmes. JORF du 15 août 1952. Disponible à partir de l'adresse URL : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19520815&numTexte=08223&pageDebut=08223&pageFin=.

[25] République française. Arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire.

[26] République française. Arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer. JORF du 3 avril 2005.

[27] République française. Arrêté du 10 janvier 2011 relatif à l'élargissement des compétences des sages-femmes aux vaccins. JORF du 14 janvier 2011.

[28] République française. Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire. JORF du 2 juillet 2006.

[29] République française. Art. L. 4151-4 du Code de la Santé publique relatif au droit de prescription des sages-femmes. JORF du 20 décembre 2005.

[30] République française. Art. L. 5134-1 du Code de la Santé publique relatif au droit de prescription et de pratique des sages-femmes concernant les contraceptifs hormonaux. JORF du 22 juillet 2009.

[31] Ordre National des Pharmaciens. Fiche métier : Pharmacien titulaire d'officine. Dernières mises à jour le 20 septembre 2011. Disponible à partir de l'adresse URL : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Pharmacie/Pharmacien-titulaire-d-officine>

[32] République française. Art. R.4236-10 du Code de la Santé publique relatif à la formation continue des pharmaciens. JORF du 3 juin 2006.

[33] Dominicé P, Gurny R, Rougemont A. La pharmacie d'officine : comme lieu de recours du système de santé. Genève : université de Genève, service formation continue ; 2005. Préface.

[34] Vilanova J. Les pharmaciens officinaux. La lettre des professions de santé 2010 ; 3 : 4-9.

[35] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Définition : unité urbaine. Disponible à partir de l'adresse URL : <http://insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-urbaine.htm>.

[36] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DREES. Les pharmaciens au 1^{er} janvier 2011. In : Les professions de santé au 1^{er} janvier 2011. 2011 ; 158 : 26-32.

[37] Université d'auvergne – Faculté de pharmacie. Liste des maîtres de stage en Auvergne. Disponible à partir de l'adresse URL : <http://pharmacie.u-clermont1.fr/lanceur7.html>.

[38] République française. Art. L.4151-1 du Code de la Santé publique relatif aux compétences générales des sages-femmes. JORF du 11 août 2004.

[39] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES. L'accès des ménages à bas revenus aux technologies de l'information et de la communication. In : Etudes et résultats 2007 ; 557 : 1-8.

[40] Grangier O, Seguin C. Les droits de prescription médicamenteuse des sages-femmes. Réalisation d'une enquête auprès des sages-femmes de l'Isère. La Revue Sage-femme 2009 ; 8 : 232-240.

[41] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes et résultats 2012 ; 791 : 1-8.

[42] Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Lettre ouverte aux candidats à la présidence de la République du 20 mars 2012.

ANNEXES

ANNEXE I

Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence définie c'est-à-dire que le code de la santé publique a déterminé leur champ d'intervention.

Article L.4151-1

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

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

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

Article L.4151-2

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article L. 4151-3

En cas de pathologie maternelle, foetale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. »

Dans le cadre des compétences de la sage-femme, sont énumérés de façon non limitative à l'article R.4127-318, certains des actes que peuvent pratiquer les sages-femmes :

- 1 - l'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse ;
- 2 - le frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse et lors de l'examen postnatal mentionné à l'article L. 2122-1
- 3 - l'amnioscopie de fin de grossesse ;
- 4 - la surveillance électronique de l'état du fœtus et de la contraction utérine pendant la grossesse et au cours du travail ;
- 5 - le prélèvement de sang fœtal par scarification cutanée et la mesure du pH du sang ;
- 6 - l'oxymétrie du pouls fœtal ;
- 7 - l'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- 8 - l'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- 9 - la réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- 10 - la délivrance artificielle et la révision utérine, à l'exclusion des cas d'utérus cicatriciels ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;
- 11 - le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
- 12 - la surveillance des dispositifs intra-utérins ;
- 13 - la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement.
- 14 - des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un D.I.U d'acupuncture obstétricale délivré par une université de médecine. (arrêté du 2 novembre 2009).

Les sages-femmes sont également autorisées :

- à effectuer, au cours du travail, la demande d'anesthésie locorégionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. Elles en informent, dans ce cas, le médecin gynécologue obstétricien.

- à participer à la technique d'analgésie locorégionale pratiquée lors de l'accouchement à l'exclusion de la période d'expulsion et sous réserve qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. La première injection doit être réalisée par un médecin. La sage-femme ne peut pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin. Elle peut procéder au retrait de ce dispositif.

Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né.

Sauf cas de force majeure, notamment en l'absence de médecin ou pour faire face à un danger pressant, la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige.

Article L4151-4

Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Article L2122-1

Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. La déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage-femme. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin.

Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire.

A l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine est proposé à la femme enceinte. Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

ANNEXE II

RÉFÉRENTIEL MÉTIER ET COMPÉTENCES DE LA SAGE-FEMME

Référentiel actualisé en janvier 2010

Les situations types

Les situations retenues : les critères de sélection

Huit situations types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- faire partie du cœur de métier de sage femme,
- représenter une variété suffisante de situations,
- représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par une sage femme, peuvent permettre d'inférer que cette sage femme est compétente.

Les situations retenues ne sont, bien entendu, pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la profession. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors des moments prévus d'actualisation du référentiel.

Ces situations types sont les suivantes :

Situations-types	Caractéristiques
Conduire une consultation prénatale	Prise en charge dans la continuité / 7 consultations par femmes / Orientation et
Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à l	Education à la santé / 8 séances par femme
Assurer une consultation d'urgence pour douleurs abdominales au cours du 3ème	Urgence Travail en collaboration
Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites (pour	Urgence et non urgence/ Prise en charge dans la continuité / 821 000 naissances en
Diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance (quel que soit	Urgence Travail en collaboration
Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post natale	Prise en charge dans la continuité/
Réaliser une consultation de contraception	Education à la santé/ Orientation Prévention / Prise en charge dans la continuité
Réaliser une réanimation néo-natale	Urgence Travail en collaboration

Situation 1

CONDUIRE UNE CONSULTATION PRENATALE

Réaliser un diagnostic

- **en accueillant la femme et le / les accompagnant(s)**
 - en invitant la femme à exprimer le motif de la consultation et en étant attentif aux éventuels motifs complémentaires
 - en informant sur le déroulement de la consultation
 - en observant les attitudes de la femme
- **en reconstituant l'anamnèse**
 - en réalisant un interrogatoire personnalisé sur les antécédents médicaux individuels et familiaux, et les habitudes de vie pour détecter les facteurs de risque éventuels en datant la grossesse
 - en questionnant sur l'évolution de l'adaptation à la grossesse
- **en réalisant l'examen clinique général**
 - en évaluant les constantes
 - en vérifiant l'adaptation de la femme à l'état de grossesse :
 - l'adaptation physiologique de toutes les grandes fonctions
 - l'adaptation psychologique, en écoutant la manière dont la mère ressent sa grossesse et en veillant à sa capacité à prendre soin d'elle et de l'enfant à naître
 - en vérifiant la qualité du soutien de son entourage
- **en réalisant l'examen obstétrical**
 - en examinant les seins
 - en mesurant la hauteur utérine et le périmètre ombilical
 - en palpant l'utérus (forme, tonicité, et selon le terme : présentation fœtale, mouvements actifs...)
 - en auscultant les bruits du cœur du fœtus
 - en évaluant l'utilité de faire un toucher vaginal en regard du référentiel de bonnes pratiques :
 - soit systématiquement, en respectant le ressenti et la culture de la patiente
 - soit sur indication (activité contractile, terme de la grossesse, antécédents, facteurs de risques et conditions de vie)
 - en réalisant si nécessaire un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ ou un prélèvement vaginal
 - en examinant les pertes vaginales (sur indication)
 - en réalisant une échographie si besoin
- **en évaluant le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse**
 - en analysant et synthétisant les données recueillies
 - en établissant un pronostic obstétrical à la consultation du 9^{ème} mois
 - en diagnostiquant les conduites/comportements à risque (addictions, conditions de travail, temps de transport, conditions de vie domestique, maltraitances, ...)
- en identifiant les signes qui nécessitent d'orienter la femme vers un autre professionnel (psychologue, obstétricien, travailleurs sociaux, ...)

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement

- **en faisant la déclaration de grossesse, le cas échéant**
- **en informant sur le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales**
- **en prescrivant**
 - les examens obligatoires, les examens complémentaires, les thérapeutiques (médicaments, vaccins, dispositifs médicaux), les conseils d'hygiène de vie
 - en expliquant les intérêts des prescriptions et les résultats attendus
 - en informant la femme et en recueillant son consentement
 - en expliquant les risques de l'automédication

- en élaborant et proposant à la femme une conduite à tenir quant au suivi de sa grossesse
 - en repérant des conduites de consommation à risque
 - en évaluant avec discernement sa situation et son environnement
 - en instaurant un dialogue confiant et éthique permettant l'émergence des ressources individuelles et socioculturelles de la femme/du couple
 - en adaptant son discours et en s'assurant qu'il a été compris
 - en donnant toutes les informations utiles et nécessaires
 - en établissant un calendrier de suivi après avoir expliqué les bénéfices d'un suivi régulier
 - en proposant systématiquement un entretien individuel ou en couple

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- en accompagnant la femme/le couple dans l'élaboration de son projet de naissance
 - en lui apportant les éléments qui lui permettent de faire des choix et en l'aidant à faire émerger ses besoins
- en réalisant la synthèse dans le dossier médical, pour assurer la transmission écrite et pour établir le pronostic fœtal et maternel en prévision de la suite de la prise en charge
 - en étant suffisamment explicite pour les autres professionnels du réseau
 - en constituant le dossier médical ou en le mettant à jour

Situation 2

ORGANISER ET ANIMER UNE SEANCE COLLECTIVE DE PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE

Réaliser un
diagnostic

Décider de
l'indication et
d'une stratégie
de prise en
charge

- **en préparant la séance**
 - en préparant le programme pédagogique et le déroulement des séances (environnement matériel, objectifs, contenus, outils, déroulé, timing, support)
 - en favorisant la présence des pères
 - en préparant les supports didactiques (exposé, échanges entre participantes, exercices corporels, ...)
 - en s'adaptant à la composition d'un groupe pour ajuster l'utilisation des supports
 - en planifiant la composition d'un groupe et des séances selon les demandes des parents et le calendrier de la grossesse.
- **en accueillant les participant(e)s**
 - en se présentant, et le cas échéant en présentant l'équipe soignante et l'établissement
 - en présentant les objectifs de la séance, les thèmes abordés
 - en demandant aux participant(e)s de se présenter et de parler de leurs attentes
- **en veillant à assurer une bonne qualité d'écoute entre les participant(e)s**
 - en créant un climat de confiance favorable aux échanges

Effectuer un
suivi et assurer
la continuité de
la prise en
charge

- **en animant les échanges d'informations et d'expériences sur le thème traité**
 - en donnant la parole et le temps aux participant(e)s pour poser des questions et témoigner de leurs expériences, inquiétudes, attentes, souhaits et en veillant à reformuler leur discours pour faciliter le partage
 - en répondant aux questions et en donnant des précisions complémentaires
 - en expliquant les points théoriques, biologiques, anatomiques, ...
 - en informant sur les solutions possibles aux problèmes qu'elles peuvent rencontrer
 - en alertant sur les points de vigilance pendant la grossesse et la conduite à tenir (« perte de liquide »)
 - en repérant les non-dits et en anticipant les questions non posées (vie de couple, sexualité, retour à la maison, ...) et en proposant un entretien individuel le cas échéant
- **en réalisant des exercices de travail corporel (si pertinent pour le thème abordé)**
 - en vérifiant la capacité individuelle à faire l'exercice
 - en aidant si besoin l'accompagnant à trouver sa place
 - en repérant les signes de malaise ou mal-être
- **en vérifiant l'évolution des participantes vers l'autonomie**
 - en estimant la confiance en soi, la projection dans l'avenir avec leur enfant, la formulation d'un projet de naissance
 - en favorisant l'émergence des compétences parentales
- **en repérant les difficultés éventuelles et en donnant les conseils adaptés**
 - éventuellement en orientant et en prenant contact avec le professionnel compétent

Situation 3

ASSURER UNE CONSULTATION D'URGENCE POUR DOULEURS ABDOMINALES AU COURS DU 3^{ème} TRIMESTRE

Réaliser un diagnostic

- **en accueillant la femme**
 - en posant un premier regard clinique
 - en évaluant l'état général et l'intensité de la douleur
 - en créant un climat de confiance
 - en anticipant sur l'organisation matérielle et la disponibilité des ressources
- **en menant l'interrogatoire : de l'anamnèse à un premier diagnostic**
 - en s'appuyant sur le dossier existant
 - en qualifiant la douleur : apparition, siège, évolution, modalités, rythme, intensité
 - en recherchant les symptômes fonctionnels associés
 - en déterminant si le problème est lié à la grossesse ou pas
- **en réalisant l'examen général et l'examen obstétrical**
 - en recherchant les symptômes de gravité
 - en prenant les constantes
 - en réalisant une palpation de l'abdomen et des fosses lombaires
 - en pratiquant un examen obstétrical
 - en réalisant une échographie si besoin

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge

- **en posant un diagnostic et en faisant une synthèse de la situation**
 - en identifiant si les symptômes sont liés à la grossesse ou à une autre urgence
 - en évaluant la situation comme physiologique ou pathologique - en évaluant le délai d'intervention
 - en identifiant quel professionnel est à contacter
 - en évaluant le délai et l'urgence du transfert si nécessaire
 - en prescrivant ou en réalisant les examens complémentaires nécessaires, biologiques ou échographiques
 - en orientant la patiente selon la situation
 - dans le cas d'un retour à domicile, en lui donnant les conseils adaptés

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- **en préparant et en organisant si nécessaire le transfert vers un autre professionnel / un autre établissement**
 - en prenant contact avec la personne ressource
 - en ayant à sa disposition une liste à jour des ressources humaines et matérielles qu'il est possible de mobiliser : SAMU, cellule de transfert
 - en communiquant à la patiente et à sa famille le diagnostic et la suite de la prise en charge prévue, pour elle et l'enfant à venir
 - en expliquant les gestes qui ont été réalisés
 - en préparant la patiente pour le transport (voie veineuse, couverture, ...)
- **en réalisant la transmission orale et écrite**
 - en s'assurant que le professionnel qui prend le relais a bien reçu les informations
 - en écrivant ce qui a été fait et pourquoi
 - en s'assurant que la femme ou le couple a bien compris la situation
 - en suivant l'évolution de la patiente

- en s'assurant que le dossier est tenu de manière à faciliter l'exploitation des données médicales
- **en étudiant rétroactivement le dossier pour analyser et améliorer sa pratique, en particulier en vérifiant la pertinence des gestes et décisions (en dialoguant avec un autre professionnel)**

Pour l'ensemble des étapes de cette situation :

- en recherchant les signes nécessitant une conduite à tenir immédiate
- en gérant son propre stress et celui de la patiente
- en agissant rapidement et sans précipitation

Situation 4

DIAGNOSTIQUER ET SUIVRE LE TRAVAIL, REALISER L'ACCOUCHEMENT ET SURVEILLER SES SUITES (POUR UNE GROSSESSE A TERME A PRIORI NORMALE)

Réaliser un diagnostic

- **en évaluant l'entrée en travail et le pronostic obstétrical de la patiente**
 - en évaluant la dynamique utérine et le rythme des contractions
 - en réalisant un toucher vaginal et en analysant la modification cervicale
 - en analysant l'évolution dans le temps
 - en expliquant à la patiente/l'accompagnant les gestes, le besoin d'un temps d'observation et le diagnostic
- **en élaborant une stratégie de surveillance et de suivi du travail, de l'accouchement et de la délivrance d'une patiente à bas risque**
- **en respectant les règles de l'eutocie et les souhaits de la parturiente**
- **en installant confortablement la parturiente**
- **en évaluant le niveau de risque de la parturiente pour décider d'une prise en charge optimale pour elle et son enfant**
- **en consultant tous les éléments du dossier**
- **en veillant à la bonne mise à disposition du matériel en cas d'urgence**
- **en décidant l'admission éventuelle**

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge tout au long du travail et de l'accouchement

- **en assurant l'accouchement physiologique et son accompagnement**
 - en vérifiant l'adaptation de la femme et du fœtus à la progression du travail
 - en observant régulièrement la tension artérielle, la dynamique utérine, le rythme cardiaque de la femme et du fœtus,
 - en vérifiant l'adaptation de la femme à la douleur et en lui proposant les moyens d'analgésie adéquats
 - en suivant la position et l'évolution du fœtus dans le bassin
 - en décelant tous les signaux d'urgence
 - en réalisant si nécessaire une échographie
 - en donnant à la parturiente une information adaptée sur le déroulement du travail pour lui faciliter sa décision
 - en réévaluant la conduite à tenir en cas de diagnostic de dystocies dynamiques ou mécaniques, d'anomalie du RCF, d'anomalie du liquide amniotique
 - en pratiquant sur indication une épisiotomie ou une délivrance dirigée
- **en aidant la femme à gérer la douleur**
 - en favorisant son adaptation spatio-temporelle (anticiper – proposer – répondre)
 - en recueillant ses perceptions et son projet de naissance
 - en prenant en compte son environnement affectif et culturel
 - en accueillant le père / l'accompagnant
 - en sollicitant d'autres professionnels si nécessaire
- **en prenant des décisions adaptées à la situation**
 - en prenant en compte les protocoles et thérapeutiques adaptés aux situations particulières et / ou à risque
 - en suivant les recommandations de bonnes pratiques

- en respectant, dans la mesure du possible, le rythme physiologique du travail

- **en accueillant le nouveau-né**

- en permettant aux parents d'accueillir le nouveau né, en fonction de ce qu'ils ont exprimé / expriment, en leur laissant le temps de se rapprocher de leur enfant et d'établir une nouvelle relation

- en veillant à assurer les bonnes conditions de son adaptation à la vie aérienne, et en veillant, dans le même temps, à l'état général de la mère

- en réalisant le premier examen clinique : adaptation de l'enfant à la vie aérienne et cotation du score d'Apgar

- en favorisant la mise en place de l'allaitement, en fonction du rythme du bébé et du choix de la mère

- en décelant si l'enfant a besoin d'aide urgente

- en prenant en charge l'enfant porteur d'une pathologie, en collaboration avec le pédiatre

- en repérant les éventuelles fragilités dans la construction du lien mère-enfant

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- **en prévenant les accidents hémorragiques de la délivrance par une surveillance optimale au cours du travail et de la période de postpartum immédiat**

- en diagnostiquant le décollement placentaire

- en favorisant son expulsion

- en vérifiant l'intégrité du placenta et des membranes

- en vérifiant la bonne rétraction utérine

- en cas d'anomalie, en réalisant une délivrance artificielle ou une révision utérine, en assurant une analgésie suffisante

- en assurant une surveillance clinique et hémodynamique

- **en réalisant le diagnostic des lésions périnéales sans atteinte des sphincters, et des plaies vaginales avec suture sous anesthésie locale · en rédigeant le dossier médical**

- en annotant le monitoring et en réalisant le partogramme en temps réel

- en rédigeant le certificat d'accouchement

- en cotant les actes de sage-femme

- en s'assurant que la déclaration de naissance de l'enfant à l'état civil a été réalisée dans les délais légaux

- en réalisant la synthèse pour assurer la transmission écrite efficace, afin de faciliter le suivi en suites de couches, y compris en prescrivant les examens et thérapeutiques nécessaires

Situation 5

DIAGNOSTIQUER ET PRENDRE EN CHARGE L'HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE (QUEL QUE SOIT LE LIEU ET AU-DELA DU POST PARTUM IMMEDIAT)

Réaliser un diagnostic

- **en accueillant la patiente**
 - en anticipant sur l'organisation matérielle et la disponibilité des ressources
 - en recueillant les détails de l'accouchement
 - en relevant dans son dossier médical les événements et les Thérapeutiques administrées
 - en vérifiant la carte de groupe sanguin et la recherche des agglutinines irrégulières
- **en identifiant la gravité du risque hémorragique, en réalisant une anamnèse et un examen général**
 - en quantifiant les pertes sanguines
 - en prenant les constantes
 - en évaluant l'état hémodynamique
 - en évaluant la tonicité de l'utérus
 - en examinant col, vagin, périnée et utérus pour réaliser un diagnostic différentiel de l'origine de l'hémorragie
 - en questionnant la femme sur l'évolution de sa douleur et de ses pertes
 - en examinant l'utérus : en particulier le globe utérin et son éventuelle sidération
 - dans les cas d'examen de routine, en différant l'autorisation de sortie, si l'utérus est atone

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge

- **en mettant en place la prise en charge en cas de confirmation de l'hémorragie**
 - en posant une voie veineuse et une sonde urinaire à demeure et en débutant les thérapeutiques adaptées
- **en sollicitant d'autres professionnels**
 - Cas 1 : en dehors d'une structure :
 - en ayant à sa disposition une liste à jour des ressources humaines et matérielles qu'il est possible de mobiliser :
 - SAMU, cellule de transfert
 - établissements capable de réaliser les embolisations
 - liste à jour des personnes ressources de l'environnement
 - en s'assurant de la prise en charge du nouveau-né, soit dans l'environnement familial, soit en gérant sa réadmission
 - Cas 2 : au sein d'une structure :
 - en prévenant l'anesthésiste, l'obstétricien, et le radiologue interventionnel en cas de risque d'embolisation
 - en assurant la possibilité de faire un acte transfusionnel
- **en réalisant les prélèvements sanguins nécessaires**
- **en veillant au positionnement de la patiente et à sa température**
- **en s'assurant que la patiente a compris la situation et en informant la famille**

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- **en veillant à la coordination des différents intervenants**
- **en s'assurant que le professionnel qui prend le relai a bien reçu les informations**
- **en transmettant dans le dossier les données médicales et les gestes effectués pour assurer une transmission écrite**
- **en suivant l'évolution de la patiente et en adaptant les thérapeutiques**
- **en étudiant rétroactivement le dossier pour analyser et améliorer sa pratique, en particulier en vérifiant la pertinence des gestes et décisions (en dialoguant avec un autre professionnel)**

Situation 6

ASSURER UN SUIVI MERE-ENFANT DANS LES SUITES DE COUCHES JUSQU'À LA VISITE POST-NATALE

Réaliser un diagnostic

- **en accueillant la mère et l'enfant**
 - en vérifiant l'identité de l'enfant
 - en organisant la consultation en fonction du rythme de l'enfant
 - en s'assurant que l'enfant est en état d'éveil calme avant de l'examiner
 - en s'assurant du confort de la mère
- **en réalisant l'anamnèse**
 - en reprenant le dossier et les résultats des examens réalisés
 - en recueillant le vécu de l'accouchement auprès de la mère
 - en évaluant le risque infectieux, hémorragique, thromboembolique
- **en pratiquant l'examen général de l'enfant**
 - en commençant par une observation générale
 - en renseignant le carnet de santé et/ou les feuilles de soins
 - Auscultation cardio-pulmonaire
 - Examen cutanéomuqueux
 - Examen des différents appareils et fonctions
 - Examen neurologique
 - en faisant participer la mère, en lui expliquant le déroulement de l'examen et en la rassurant
 - en repérant une situation pathologique ou une anomalie qui nécessite de l'adresser à un médecin
- **en pratiquant un examen général et gynéco-obstétrical de la mère**
...
- **en écoutant, questionnant et donnant des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé**
- **en repérant les situations de vulnérabilité**
 - en évaluant le lien mère-enfant
 - en repérant des conduites de consommation à risque
- **en vérifiant la mise en place de l'allaitement (maternel ou artificiel)**
 - en étant à l'écoute de la mère, en prodiguant des conseils, en prévenant les complications (crevasses, lymphangites, abcès...)

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge

- **en prescrivant les éventuels examens complémentaires**
- **en recherchant d'éventuels troubles périnéaux ou sphinctériens et en déterminant leur prise en charge**
- **en recueillant les souhaits de la femme en matière de contraception et en la prescrivant**

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- **en accompagnant le développement du lien mère-enfant**
 - en identifiant d'éventuelles distorsions du lien et en se référant à d'autres professionnels
 - en répondant aux questions de la mère et en lui donnant des règles d'hygiène et des conseils d'éducation à la santé
 - en organisant avec la mère les modalités de suivi de son enfant
- **en assurant la transmission**
 - en complétant le carnet de santé de l'enfant
 - en renseignant le dossier médical de la mère

Situation 7

REALISER UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION

Réaliser un diagnostic

- En accueillant la femme et éventuellement l'accompagnant, en consultation, en l'informant du suivi gynécologique régulier et en lui proposant de réfléchir à sa contraception.
- En réalisant l'anamnèse, afin d'identifier d'éventuelles contre-indications
 - en repérant les conduites de consommation à risque
 - en repérant les comportements à risque
 - en identifiant les facteurs de risque médicaux
- En réalisant l'examen clinique de la femme
- En réalisant, si nécessaire, un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ou un prélèvement vaginal

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement

- En présentant les différentes formes de contraception possibles pour éclairer son choix :
 - en utilisant des supports pédagogiquesen étant à l'écoute de ses attentes et de son mode de vie et en lui présentant les risques/bénéfices de chaque option
 - en expliquant la physiologie de la fécondité, des cycles et de la vie sexuelle
 - en instaurant le dialogue autour de la sexualité avec la femme / le couple
- En prévenant et dépistant toute situation de vulnérabilité de la femme
- En participant au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles
- En prescrivant la contraception et les examens complémentaires en relation avec le suivi gynécologique
 - en faisant reformuler la femme quant à sa compréhension de l'utilisation de la méthode contraceptive retenue, et si besoin en lui faisant réaliser les gestes adaptés
 - en l'informant sur les démarches d'observance, de suivi, et de conduite à tenir en cas d'échec, d'oubli ou de problème
 - en donnant des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé
- En prescrivant si nécessaire d'autres thérapeutiques (vaccins, médicaments)

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- En planifiant le suivi gynécologique de la femme
- En cas de dépistage de pathologie, en adressant la femme à un médecin

Situation 8

REALISER UNE REANIMATION NEO-NATALE

Réaliser un diagnostic

- en prenant en compte les circonstances de la grossesse, du travail et de l'accouchement
- en anticipant sur l'organisation matérielle et la disponibilité des ressources
- en examinant l'enfant dès son arrivée
- en identifiant le caractère de gravité et d'urgence (score d'apgar...)
- en prévoyant l'appel du pédiatre

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement

- en assurant les premiers soins en attendant le médecin (aspiration, ventilation, intubation, massage cardiaque)
....selon la situation
- en participant à l'accueil optimal du nouveau-né porteur d'une pathologie dépistée dans la période prénatale
- en informant le couple en temps réel
- en participant à la prise en charge médicale en collaboration avec le pédiatre
- en organisant éventuellement le transfert de l'enfant vers un service approprié

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- en inscrivant dans le dossier les données médicales et les gestes de réanimation effectués pour assurer une transmission écrite
- en cas de transfert vers une unité spécialisée, en assurant dans le temps un suivi des informations et en informant régulièrement les parents.

Pour l'ensemble des étapes de cette situation :

- en recherchant les signes nécessitant une conduite à tenir immédiate
- en gérant son propre stress et celui de la femme
- en agissant rapidement et sans précipitation

LES RESSOURCES EN CONNAISSANCES ET COMPETENCES

Les ressources indiquées ne constituent pas une liste exhaustive de connaissances et compétences, mais identifient celles qui sont particulièrement requises pour exercer la profession de sage-femme, et donc pour gérer les situations de soins qui se présenteront.

COMPETENCES TRANSVERSALES DE LA SAGE-FEMME

L'expertise professionnelle

- Développer son expertise professionnelle concernant les actions de soutien, de maintien, et/ou de restauration du processus physiologique de la maternité, de la grossesse au post-partum.
- En développant ses qualifications d'observation, de diagnostic et d'interventions dans la limite du cadre légal et selon les normes et les niveaux de risques
- En accédant à l'information utile au développement de son expertise clinique
- En prodiguant des conseils efficaces à la femme et à sa famille en ce qui concerne les situations périnatales spécifiques et/ou difficiles que ce soit dans les soins, les aspects légaux, ou l'éducation
- En répondant à l'urgence et à ses exigences de temps, d'organisation et de priorité d'action
- En développant une réflexion avec ses pairs sur les spécificités de son champ professionnel pour dispenser des soins de qualité.

La communication

- La sage-femme développe ses compétences dans le champ de la promotion et de la prévention de la santé des femmes et des enfants.
- En apportant des informations claires et accessibles à chaque femme et à sa famille
- En concevant des stratégies pédagogiques variées de groupe et d'entretien pour une écoute efficace
- En s'impliquant dans les réseaux de santé avec tous les acteurs de la périnatalité
- En s'engageant dans les instances participant au fonctionnement du système de santé
- En étant capable de communiquer en langue(s) étrangère(s)
- En communiquant notamment par le biais des médias

La collaboration

- La sage-femme développe un esprit de concertation avec les différents professionnels et ses pairs.
- En participant aux activités interdisciplinaires d'une équipe, d'un réseau
- En collaborant efficacement avec ses pairs et les autres acteurs de périnatalité pour la sécurité des soins de la femme et de l'enfant

Le professionnalisme

- La sage-femme intervient dans toutes ses démarches professionnelles avec un esprit d'éthique et de respect.
- En utilisant à bon escient les ressources techniques dans le domaine de la périnatalité
- En s'appuyant sur des cadres de référence consensuels
- En apportant des informations permettant à la femme et/ou au couple de faire un choix éclairé
- En adoptant des comportements professionnels personnels et interpersonnels respectueux
- En acceptant de se conformer au champ de compétences de sa profession

Le respect des droits, des besoins et des attentes

- Intervenir, dans toutes les actions professionnelles, dans l'intérêt des femmes et des enfants quel que soit le contexte de soins.
- En préservant leur espace d'intimité
- En créant une relation de confiance au cours des consultations et des interventions obstétricales
- En faisant émerger les ressources de la femme et/ou de sa famille dans leur contexte social, culturel et environnemental

- En intervenant à bon escient comme médiateur, ou représentant de la femme pour faciliter les démarches nécessaires à son accès aux soins et/ou aux informations

La gestion et l'organisation

- La sage-femme s'exerce, dans toutes ses interventions, à structurer son temps et ses priorités.
- En prenant le temps nécessaire pour soigner et aider la femme et/ou le couple et le nourrisson
- En s'impliquant dans la gestion de l'équipe et de ses projets
- En gérant son bien être personnel et professionnel
- En évaluant ses besoins, ses limites et la coopération nécessaire avec ses pairs ou les autres professionnels requis

L'érudition

- La sage-femme enrichit ses savoirs, ses savoir-faire, savoir-être et exerce en permanence son esprit critique.
- En développant une stratégie personnelle de formation médicale continue
- En s'exerçant à la recherche de données conformes à la science
- En s'exerçant aux stratégies de partage des connaissances avec ses pairs et les autres professionnels dans le domaine de la périnatalité
- En sachant confronter ses représentations et ses connaissances
- En favorisant chez les futures sages-femmes le développement professionnel par la réflexion et la discussion autour de son art
- En amenant créativité et initiative dans l'approche des soins aux femmes et à leurs familles
- En développant son esprit de recherche dans son domaine professionnel ou en interdisciplinarité

La responsabilité

- La sage-femme affirme son sens des responsabilités pour garantir la qualité des soins.
- En s'appuyant sur les règles déontologiques de sa profession
- En comparant les bénéfices et les risques dans toutes ses actions professionnelles
- En recherchant les pratiques les plus optimales pour répondre aux besoins de la femme et/ou du couple, et du nourrisson
- En utilisant à bon escient tous les supports de communication à sa disposition par une transmission efficace
- En s'engageant dans une démarche d'évaluation de ses pratiques

LA DEONTOLOGIE PROFESSIONNELLE ET L'ETHIQUE MEDICALE

- Avoir acquis les connaissances théoriques et techniques médicales concernant le cadre législatif et réglementaire en lien avec la profession de sage femme et la protection des personnes
- Avoir acquis des connaissances de philosophie de base de l'éthique médicale afin d'être capable de développer une réflexion éthique
- Contribuer à la réflexion éthique de l'équipe soignante

LES SAVOIRS SCIENTIFIQUES ET TECHNIQUES VALIDES

Avoir acquis les connaissances requises concernant :

Savoirs médicaux fondamentaux :

- l'anatomie (y compris dans le mouvement), la physiologie et l'histologie, l'embryologie, la biologie

- le biomédical, la pharmacologie et la thérapeutique
- l'infectiologie
- les schémas thérapeutiques et décisionnels
- l'hématologie, l'hémostase, la transfusion sanguine et les techniques de remplissage
- la pathologie générale
- l'anesthésiologie
- la prescription et l'interprétation des examens para cliniques

Savoirs médicaux spécifiques à la gynécologie, l'obstétrique et à la pédiatrie

- la gynécologie et l'obstétrique
- la pédiatrie
- les principes et techniques de réanimation néo natale
- les techniques de contraception et de régulation des naissances
- les techniques d'AMP
- les techniques de gestion de la douleur
- l'alimentation et les modes de vie adaptés à la grossesse
- l'allaitement et l'alimentation du nouveau-né et du nourrisson
- les facteurs de risque pour la grossesse
- les pathologies physiques et psychiatriques de la grossesse
- l'hygiène et les soins ; promotion, éducation à la santé les moyens de prévention des infections sexuellement transmissibles
- les techniques d'information des adolescents à l'éducation sexuelle

Sciences humaines appliquées à la maternité et la parentalité

- la psychologie de la grossesse, et du post partum en particulier les remaniements psychiques et les bouleversements du couple et de la famille
- l'anthropologie et la sociologie concernant la vision de la femme et de la maternité dans différents environnements culturels et sociaux
- la prévention de la maltraitance et des situations de vulnérabilité des femmes et des enfants
- histoire et sociologie de la profession de sage femme

Santé publique

- Education du patient, prévention
- Méthodologie de la recherche en santé publique
- Législation et système de santé
- Place de la sage femme dans le système de santé

Principales modalités d'acquisition

- les cours et enseignements intégrés (enseignement magistral, approche par problème, apprentissage du raisonnement clinique)
- les échanges de bonnes pratiques
- les stages le tutorat
- les nouvelles techniques informatiques d'information et d'auto-formation
- les méthodologies de l'apprentissage – la formation continue

LES SAVOIR FAIRE TECHNIQUES ET LA MAITRISE DES GESTES PROFESSIONNELS

Avoir acquis les savoir faire dans les grands domaines suivants

- soins généraux des adultes et des enfants
- techniques de réanimation chez l'adulte et surveillance de l'analgésie et de l'anesthésie
- participation à la prise en charge des femmes présentant des pathologies gynécologiques
- surveillance et prise en charge des femmes enceintes

- surveillance et prise en charge des parturientes
- surveillance et prise en charge des grossesses à risques ou pathologiques
- surveillance et prise en charge des accouchées et du nouveau né à terme ou prématurés
- développement des actions de prévention auprès de la mère et de l'enfant et de la famille et participation à la planification familiale

En prépartum être capable de :

- réaliser une anamnèse
- réaliser un examen clinique
- réaliser un examen gynéco-obstétrical
- pratiquer une échographie obstétricale
- organiser et planifier le suivi médical de la grossesse
- mettre en œuvre les principales techniques de travail corporel de préparation à la naissance (respiration, relaxation, ...)
- assurer le dépistage des risques médicaux et psychosociaux liés à l'environnement de la femme enceinte et assurer le relais avec d'autres professionnels, si nécessaire

En perpartum être capable de :

- organiser l'environnement de la naissance pour créer un climat favorisant la physiologie et pour assurer une surveillance simultanée de la mère et de l'enfant
- s'adapter de façon permanente face au processus évolutif du travail et de l'accouchement
- pratiquer les accouchements eutociques
- pratiquer les manœuvres obstétricales
- pratiquer l'accouchement par le siège
- pratiquer l'accouchement de grossesse multiple
- pratiquer l'épisiotomie et sa réfection immédiate ou celle de déchirures simples
- pratiquer la délivrance artificielle et la révision utérine
- identifier les situations d'urgence en obstétrique et en néonatalogie.
- mettre en œuvre les premiers gestes d'urgence
- participer à la réanimation maternelle
- pratiquer la réanimation du nouveau-né et assurer les conditions optimales de l'éventuel transfert

En postpartum être capable de :

- réaliser l'examen pédiatrique
- réaliser l'examen clinique de l'accouchée
- prévenir et corriger des troubles périnéo-sphinctériens
- accompagner l'allaitement maternel et artificiel et assurer son suivi
- prescrire une contraception

Pour toutes les situations être capable de :

- rédiger une prescription complète
- réaliser des synthèses permettant l'exploitation et la transmission des données
- assurer la tenue du dossier médical (bilan, synthèse, transmission)

Principales modalités d'acquisition

- les stages le tutorat
- les travaux pratiques
- les enseignements magistraux
- les enseignements dirigés
- l'Approche Par Problème
- l'apprentissage du raisonnement clinique
- les mises en situation clinique
- le port folio

- les méthodologies de l'apprentissage
- les observations cliniques
- les techniques de communication individuelle et de groupe
- la formation continue

SAVOIR FAIRE DE RAISONNEMENT CLINIQUE ET DE DECISION

Être capable de :

- mettre en œuvre un raisonnement clinique
- effectuer l'analyse et la synthèse d'une situation clinique : observation, diagnostic, pronostic
- identifier les situations, les moments et les circonstances qui requièrent une décision d'intervention immédiate et/ ou planifiée
- savoir fonder sa pratique sur des données probantes
- reconnaître un déroulement physiologique de l'événement et les signes de pathologie
- mettre en œuvre une démarche d'anticipation et de collaboration

SAVOIR ET SAVOIR-FAIRE PROCEDURAUX

Avoir acquis la connaissance :

- des protocoles d'organisation des soins
- des recommandations concernant les pratiques cliniques

Etre capable de :

- mettre en œuvre avec discernement les protocoles d'organisation des soins
- mettre en œuvre avec discernement les recommandations sur les pratiques cliniques
- participer efficacement à la mise à jour des protocoles de soins (situations physiologiques et situations pathologiques)

SAVOIR-FAIRE EN METHODOLOGIE DE RECHERCHE CLINIQUE

Etre capable de :

- conceptualiser et mettre en œuvre des actions de recherche dans le domaine d'expertise des sages-femmes
- développer une réflexion critique et une auto évaluation sur sa pratique en vue de l'améliorer
- contribuer efficacement à un processus d'échange et de capitalisation des pratiques
- adopter une attitude réflexive par rapport à ses pratiques et à son développement Professionnel

SAVOIR-FAIRE D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION AVEC LES FEMMES ET LEUR ENTOURAGE

Être capable de :

- établir une relation d'écoute empathique avec la femme et prendre en compte dans sa pratique le mode de vie, les croyances, le bagage culturel, le soutien social et les capacités de la femme et de son entourage
- appliquer des techniques de counselling (méthode d'entretien individuel d'aide à la personne) et des techniques d'entretien collectif
- délivrer une information claire et adaptée à la compréhension de la femme, de sa famille et de son entourage
- aider la femme à prendre sa décision en l'informant
- aider la femme et/ou le couple à comprendre l'organisation des soins en réseaux
- respecter l'intimité de la femme

- annoncer avec tact et humanité des évolutions négatives (handicap, IMG, mort foetale, ...)

SAVOIR-FAIRE DE COMMUNICATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS ET AU SEIN DES LIEUX D'ACTIVITE

Être capable de :

- partager et de diffuser dans les délais appropriés, les informations utiles concernant la femme
- assurer les transmissions par écrit et par oral des informations liées au diagnostic et / ou aux actions mises en œuvre
- assurer la traçabilité de l'information
- prendre en compte les consignes, les prescriptions et les données incluses dans les dossiers

SAVOIRS ET SAVOIR-FAIRE DE COOPERATION

Avoir acquis les connaissances :

- de l'organisation et du fonctionnement de la consultation, des urgences, du bloc opératoire et des unités de soins
- de l'organisation et du fonctionnement des réseaux

Être capable de :

- s'intégrer à l'équipe médicale en situant bien son rôle et en reconnaissant et respectant le rôle des autres
- gérer des situations complexes (plusieurs acteurs, plusieurs critères et activités simultanés)
- travailler en coopération et en réseau avec les autres professionnels
- adresser la femme à un autre professionnel, si nécessaire
- recueillir un avis complémentaire
- identifier son rôle dans les situations d'urgence au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, y compris dans la prévention de la maltraitance
- transmettre par écrit et par oral des informations, en temps réel et en temps différé
- participer à la cogestion des actions et à la simultanéité des actes, en particulier dans la prise en charge des situations d'urgence et de la sécurité transfusionnelle

SAVOIRS DE BASE CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL ET INSTITUTIONNEL

Avoir acquis la connaissance :

- du contexte institutionnel dans lequel se déroule la pratique
- du droit et de l'économie de la santé
- des responsabilités, du droit du travail et de l'organisation de la profession
- du rôle des différentes institutions, instances et acteurs pouvant contribuer aux soins
- des dispositions législatives et/ou juridiques liées à la naissance (déclaration de naissance, accouchement dans le secret et/ou des adolescentes, signalement, décès in utero ou du nouveau-né) et à la protection des personnes vulnérables (femme enceinte et nouveau-né)

Être capable de :

- mettre en œuvre les dispositions législatives et/ou juridiques liées à la naissance
- adapter sa pratique en fonction des réglementations en vigueur et de leurs évolutions

SAVOIR FAIRE EN GESTION ET MANAGEMENT

Avoir acquis la connaissance :

- des bases de la gestion hospitalière
- des bases de l'économie de la santé
- du coût des examens
- des principales approches du management

Etre capable de :

- organiser les soins selon des critères de priorité médicale
- gérer les stocks en médicaments et matériel médical
- prescrire les examens et les thérapeutiques en intégrant la dimension économique
- gérer et encadrer une équipe
- coordonner des projets

SAVOIRS ET SAVOIR FAIRE EN PEDAGOGIE

Avoir acquis les connaissances théoriques et techniques concernant :

- la pédagogie des adultes
- les techniques et méthodes de pédagogie médicale
- la psychologie de l'apprentissage

Etre capable de :

- élaborer un processus pédagogique
- préparer, choisir et confectionner des supports didactiques
- mettre en œuvre les principales techniques d'animation de groupe
- établir une relation d'apprentissage par tutorat
- expliciter, conceptualiser.

ANNEXE III

Le 23 mars 2012

JORF n°0244 du 20 octobre 2011

Texte n°27

ARRETE

Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires

NOR: ETSH1127808A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé,
Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 4151-4 ;
Vu l'avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en date du 20 septembre 2011,

Arrête :

Article 1

Les annexes I et II du présent arrêté fixent la liste des médicaments par classes thérapeutiques que les sages-femmes peuvent prescrire, d'une part à la femme, d'autre part à l'enfant, et qu'elles peuvent se procurer pour leur usage professionnel.

Pour chaque classe thérapeutique, la sage-femme doit tenir compte du résumé des caractéristiques du produit prévu à l'article R. 5121-21 du code de la santé publique, et notamment des indications, contre-indications éventuelles et des données relatives à la grossesse et l'allaitement.

Toute commande de médicaments à usage professionnel ou toute prescription doit être rédigée conformément aux dispositions réglementaires.

Article 2

L'annexe III du présent arrêté fixe la liste des médicaments classés comme stupéfiants que les sages-femmes peuvent prescrire à leurs patientes et qu'elles peuvent se procurer pour leur usage professionnel.

Article 3

L'arrêté du 17 octobre 1983 modifié fixant la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire est abrogé.

L'arrêté du 3 octobre 1988 fixant la liste des instruments que peuvent employer les sages-femmes est abrogé.

L'arrêté du 23 février 2004 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes est abrogé.

Article 4

La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté et de ses annexes, qui seront publiés au Journal officiel de la République française.

A N N E X E I

LISTE DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES OU MÉDICAMENTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRÈS DES FEMMES

A. - En primo-prescription :

*Antiacides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux.

*Antisécrétoires gastriques :

— antihistaminiques H₂, de préférence la ranitidine ou la famotidine ;

— inhibiteurs de la pompe à protons, de préférence l'oméprazole.

*Antiseptiques locaux.

*Anesthésiques locaux :

— médicaments renfermant de la lidocaïne.

*Antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de première ligne des cystites et bactériuries asymptomatiques chez la femme enceinte selon les recommandations officielles en vigueur. Prescription non renouvelable pour une infection donnée.

*Antibiotiques par voie orale ou parentérale en prévention d'infections materno-fœtales chez la femme enceinte, selon les recommandations officielles en vigueur.

*Anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonocides, antibactériens et antiherpétiques.

*Antispasmodiques.

*Antiémétiques.

*Antalgiques :

— paracétamol ;

— tramadol ;

— nefopam ;

- association de paracétamol et de codéine ;
- association de paracétamol et de tramadol ;
- nalbuphine, ampoules dosées à 20 mg. La prescription est réalisée dans le cadre d'un protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur. L'usage est limité au début du travail et à une seule ampoule par patiente.

*Anti-inflammatoires non stéroïdiens en post-partum immédiat.

*Antiviraux en prévention des récurrences d'herpès génital en fin de grossesse.

*Contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration.

*Médicaments homéopathiques.

*Laxatifs.

*Vitamines et sels minéraux par voie orale.

*Acide folique aux doses recommandées dans la prévention primaire des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural.

*Topiques à activité trophique et protectrice.

*Médicaments de proctologie : topiques locaux avec ou sans corticoïdes et avec ou sans anesthésiques.

*Solutions de perfusion.

- solutés de glucose de toute concentration ;

- solutés de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;

- solutés de gluconate de calcium à 10 % ;

- solutions de Ringer.

*Ocytociques :

- produits renfermant de l'oxytocine.

*Oxygène.

*Médicaments assurant le blocage de la lactation.

*Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote exclusivement en milieu hospitalier, et sous réserve d'une formation adaptée.

*Vaccins sous forme monovalente ou associés contre les pathologies suivantes : tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche (vaccin acellulaire), rubéole, hépatite B, grippe et vaccin préventif contre les lésions de col de l'utérus (HPV).

*Immunoglobulines anti-D.

*Produits de substitution nicotinique.

*Salbutamol par voie orale et rectale.

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

- anti-inflammatoires non stéroïdiens indiqués dans le traitement des dysménorrhées, notamment l'acide méfénamique ;

- nicardipine, selon les protocoles en vigueur préétablis ;

- nifédipine selon les protocoles en vigueur préétablis.

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

- succédanés du plasma composés d'hydroxyéthylamidon dans les états de choc ;

- éphédrine injectable dans la limite d'une ampoule dosée à 30 mg par patiente ;

- adrénaline injectable par voie sous-cutanée dans les cas d’anaphylaxie ;
- dérivés nitrés, selon les protocoles en vigueur préétablis.

A N N E X E I I

LISTE DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES OU DES MÉDICAMENTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRÈS DES NOUVEAU-NÉS

A. — En primo-prescription :

*Antiseptiques locaux.

*Anesthésiques locaux :

- crèmes ou patches contenant une association de lidocaïne et de prilocaïne.

*Antalgiques :

- paracétamol par voie orale ou rectale.

*Antifongiques locaux.

*Collyres antiseptiques, antibactériens et antiviraux sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs.

*Oxygène.

*Vitamines et sels minéraux par voie orale :

- la forme injectable est autorisée pour la vitamine K1.

*Topiques à activité trophique et protectrice.

*Solutions pour perfusion :

- solutés de glucose (de toute concentration) ;
- soluté de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;
- soluté de gluconate de calcium à 10 %.

*Vaccins :

- vaccin et immunoglobulines anti-hépatite B ;
- BCG.

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

- adrénaline par voie injectable ou intratrachéale dans la réanimation du nouveau-né ;
- naloxone.

A N N E X E I I I

LISTE DES MÉDICAMENTS CLASSÉS COMME STUPÉFIANTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION

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

ampoules par patiente.

JORF n°152 du 2 juillet 2006

Texte n°19

ARRETE

Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire

NOR: SANS0622672A

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,
Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 4151-4,

Arrêtent :

Article 1

· **Modifié par Arrêté du 12 octobre 2011 - art. 1**

A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, les sages-femmes sont autorisées, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire à leurs patients les dispositifs médicaux suivants :

1. Ceinture de grossesse de série ;
2. Orthèse élastique de contention des membres inférieurs ;
3. Sonde ou électrode cutanée périnéale ;
4. Electrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale ;
5. Pèse-bébé ;
6. Tire-lait ;
7. Diaphragme ;
8. Cape cervicale ;
9. Compresses, coton, bandes de crêpe, filet tubulaire de maintien, suture adhésive et sparadrap ;
10. Dispositifs intra-utérins.

Article 2

Le directeur général de la santé, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

ANNEXE IV

Le Serment de Galien

« Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

ANNEXE V

Questionnaire

Ce questionnaire se compose de trois parties : dans la **1^{ère} partie** nous vous demandons vos **caractéristiques socioprofessionnelles** ainsi que des renseignements sur l'officine où vous travaillez, dans la **2^{ème} partie** nous réalisons un état des lieux de vos **connaissances sur le droit de prescription des sages-femmes** ainsi que sur les compétences qui s'y réfèrent et enfin dans la **3^{ème} partie** nous évaluons votre utilisation des **différents moyens de mise à jour de vos connaissances**, dont vous disposez en tant qu'officinaux.

Ce questionnaire est anonyme, je vous remercie par avance de répondre simplement aux questions qui vous sont posées.

Première partie : Caractéristiques socioprofessionnelles et informations sur l'officine.

- a) Année de naissance :
- b) Sexe : M F
- c) Votre statut dans l'officine ?
- Pharmacien titulaire
- Pharmacien adjoint
- d) Nom de la commune où se situe votre officine :
-
- e) Combien de pharmaciens adjoints compte votre officine ?
-
- f) Combien de préparateurs en pharmacie compte votre officine ?
-
- g) Quelle est l'année de diplôme du titulaire de l'officine ?
-

h) Depuis combien d'années le pharmacien titulaire exerce-t-il en tant que tel dans cette officine ?

i) Le pharmacien titulaire est-il maître de stage ?

Oui

Non

Deuxième partie : Evaluation de vos connaissances sur le droit de prescription des sages-femmes et les compétences qui s'y réfèrent.

1) Les consultations de suivi médical de la grossesse, du post-partum, de la visite post-natale physiologiques, ainsi que celles du post-abortum et du suivi gynécologique de prévention peuvent être effectuées par :

a. Une sage-femme : oui non ne sais pas

b. Un gynécologue : oui non ne sais pas

c. Un médecin généraliste : oui non ne sais pas

d. Autre :

2) D'après vous, les sages-femmes sont-elles habilitées à prescrire des médicaments ?

oui

non

ne sais pas

Si oui, lesquels parmi la liste suivante :

Les antiacides gastriques d'action locale

Les pansements gastro-intestinaux

Les anti sécrétoires gastriques

Les antiémétiques

Les laxatifs

Le paracétamol

Les antalgiques à base d'association de paracétamol et de codéine

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens

Les antispasmodiques

Le salbutamol (voie rectale et orale)

Les médicaments homéopathiques

Les produits de substitution nicotinique

Les immunoglobulines anti-D

Les vitamines et sels minéraux (par voie orale)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Les antifongiques vaginaux | <input type="checkbox"/> Le vaccin contre l'hépatite B |
| <input type="checkbox"/> Les antibiotiques oraux (infections urinaires basses ou vaginales) | <input type="checkbox"/> Le vaccin de prévention contre le HPV |
| <input type="checkbox"/> Le vaccin contre la grippe | <input type="checkbox"/> La contraception d'urgence (levonorgestrel seul ou associé à l'éthinyl-oestradiol) |
| <input type="checkbox"/> Le vaccin contre la rubéole | <input type="checkbox"/> Les spermicides |
| <input type="checkbox"/> Le vaccin contre l'hépatite B | <input type="checkbox"/> L'anneau vaginal contraceptif |
| <input type="checkbox"/> Les traitements de substitution aux opiacés | <input type="checkbox"/> La contraception transdermique (patch) |
| <input type="checkbox"/> Les héparines de bas poids moléculaire | <input type="checkbox"/> L'implant contraceptif |
| <input type="checkbox"/> Les médicaments assurant le blocage de la lactation | <input type="checkbox"/> Les anti-herpétiques oraux |
| <input type="checkbox"/> Les contraceptifs oraux | <input type="checkbox"/> Les anti-herpétiques vaginaux |
| <input type="checkbox"/> Le vaccin ROR (rougeole, oreillons, rubéole)? | <input type="checkbox"/> Les trichomonacides |
| <input type="checkbox"/> Le vaccin DTTPC (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche) | <input type="checkbox"/> Les hormones substitutives de ménopause |

3) Les sages-femmes peuvent-elles prescrire des dispositifs médicaux ?

- oui non ne sais pas

Si oui, lesquels parmi la liste suivante :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ceinture de grossesse de série | <input type="checkbox"/> Cape cervicale |
| <input type="checkbox"/> Orthèse élastique de contention des membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Dispositifs intra-utérins |
| <input type="checkbox"/> Atèles | <input type="checkbox"/> Compresse, coton |
| <input type="checkbox"/> Pèse-bébé | <input type="checkbox"/> Bande de crêpe, filet tubulaire de maintien |
| <input type="checkbox"/> Tire-lait | <input type="checkbox"/> Sutures adhésives, sparadrap |
| <input type="checkbox"/> Diaphragme | |

4) Dans le cas d'une grossesse pathologique, le suivi :

- Est obligatoirement fait par un médecin
- Peut être effectué par la sage-femme (sur prescription médicale) en alternance avec le médecin
- Peut être effectué par la sage-femme seule
- Ne sais pas

5) Dans le cadre du suivi d'une grossesse pathologique, quels sont les prescriptions médicales que la sage-femme a le droit de renouveler parmi la liste suivante :

- Les anti-diabétiques oraux
- Le formotérol
- L'héparine
- L'insuline
- Le labétalol
- La nicardipine
- La nifédipine

6) La rééducation périnéale peut-elle être pratiquée par la sage-femme ?

- oui non ne sais pas

7) D'après vous, le matériel utilisé pour cette rééducation périnéale (sonde ou électrode cutanée périnéale et/ou électrostimulateur neuromusculaire) :

- Peut être prescrit par la sage-femme
- Doit être prescrit au préalable par un médecin
- Ne sais pas

8) En dehors des consultations pédiatriques effectuées obligatoirement par un médecin (8^{ème} jour, 1^{er} mois, 1 an), le suivi médical mensuel du nouveau-né et du nourrisson (de 0 à 1 an) peut être effectuée par :

- a. Une sage-femme : oui non ne sais pas
- b. Un pédiatre : oui non ne sais pas
- c. Un médecin généraliste : oui non ne sais pas
- d. Autre :

9) Selon vous, dans le cadre du suivi médical pédiatrique, la sage-femme est-elle habilitée à prescrire des médicaments ?

- oui non ne sais pas

Si oui, lesquels parmi la liste suivante :

- Les antiseptiques locaux
- Le paracétamol (voie orale ou rectale)
- Les collyres antiviraux et antibactériens (sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs)
- La vitamine K1 sous forme injectable
- Les topiques à activité trophique et protectrice
- Le vaccin BCG
- Le vaccin anti-hépatite B
- Les immunoglobulines anti-hépatite B
- Les antibiotiques
- Les antifongiques locaux
- L'adrénaline (voie injectable et intra trachéale, en cas de réanimation néonatale)

10) D'après vous, les médicaments et dispositifs médicaux habituellement remboursés sur la prescription d'un médecin, le sont-ils si la prescription émane d'une sage-femme ?

oui non ne sais pas

Troisième partie : Utilisation des moyens de mise à jour de vos connaissances.

1) Connaissez-vous une sage-femme dans votre entourage personnel (famille, amis...)?

oui non

2) Avez-vous déjà eu des contacts à titre personnel avec une sage-femme dans le cadre de ses compétences ?

oui non

Si oui, précisez la situation :

.....

3) Avez-vous déjà eu des contacts professionnels avec une sage-femme dans le cadre de vos compétences ?

oui non

Si oui, précisez la situation :

.....

4) Êtes-vous abonné à une ou plusieurs revues pharmaceutiques ?

oui non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

5) Connaissez-vous des sites internet pour vous tenir informé des actualités pharmaceutiques ?

oui non

Si oui, lesquels ?

.....
.....

6) Consultez-vous le Journal Officiel de la République Française (ou son site internet) ?

Régulièrement

Souvent

Rarement

Jamais

7) Avez-vous récemment effectué une formation sur les droits de prescription des professions de santé ? oui non

Si oui, Lieu de la formation :

Durée de la formation :

Année de la formation :

Organisme organisateur de la formation :

Thème de la formation :

8) Au cours de vos études, avez-vous reçu un enseignement ciblé sur les droits de prescription des professionnels de santé ?

oui

non

ne sais plus

Merci de votre temps et de votre participation.