



HAL
open science

La responsabilité juridique de la sage-femme lors de la délégation d'actes

Aurélie Vajou

► **To cite this version:**

Aurélie Vajou. La responsabilité juridique de la sage-femme lors de la délégation d'actes. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01591411

HAL Id: dumas-01591411

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01591411>

Submitted on 21 Sep 2017

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.

Académie de Paris

Ecole de Sages-Femmes - Hôpital Saint-Antoine

Université Pierre et Marie Curie - Faculté de Médecine Paris VI

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

**La responsabilité juridique de la sage-femme lors de la
délégation d'actes**

VAJOU Aurélie

Née le 10 mai 1994 à Saint Maurice (94)

Nationalité : Française

Directeur de mémoire : Claire DRAN

Année universitaire : 2016 – 2017

Académie de Paris

Ecole de Sages-Femmes - Hôpital Saint-Antoine

Université Pierre et Marie Curie - Faculté de Médecine Paris VI

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

**La responsabilité juridique de la sage-femme lors de la
délégation d'actes**

VAJOU Aurélie

Née le 10 mai 1994 à Saint Maurice (94)

Nationalité : Française

Directeur de mémoire : Claire DRAN

Année universitaire : 2016 – 2017

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier sincèrement Madame Claire Dran, directrice de ce mémoire, pour l'aide qu'elle m'a apporté tout au long de cette année. Ce travail n'aurait pas été possible sans ses encouragements, ses conseils et ses nombreuses relectures.

Je tiens aussi à remercier Madame Sylvie Nicolai, sage-femme enseignante, pour m'avoir aidé à construire et développer les premières idées qui ont menées à ce projet.

Merci à Marie-lou, Roxanne, Allison, Guénaëlle, Aurélie, Messaline et Barbara avec qui j'ai traversé ces quatre années à l'école de sage-femme. Vous les avez rendues inoubliables !

Enfin merci à Thomas d'avoir été là à chaque instant, de m'avoir supportée et de m'avoir fait rire même dans les moments de doutes.

Sommaire

1. Introduction à l'étude : la responsabilité juridique de la sage femme dans la délégation d'actes..	1
1.1 Introduction.....	1
1.2 Les professions de santé.....	2
1.2.1 Les professions médicales.....	2
1.2.2 Les auxiliaires médicaux.....	4
1.3 Responsabilité du soignant et prise en charge pluridisciplinaire.....	9
1.3.1 La responsabilité médico-légale de la sage-femme.....	9
1.3.2 La prise en charge pluri-professionnelle du patient	15
2. Matériel et méthodes.....	19
2.1 Objectifs et hypothèses.....	19
2.2 Type d'enquête.....	20
2.3 Population	20
2.4 Lieu	20
2.5 Outil de l'enquête.....	21
2.6 Analyse.....	22
3. Résultats	22
3.1. Profil des sages-femmes interrogées	22
3.1.1 Année de diplôme.....	22
3.1.2 Lieu d'exercice.....	23
3.1.3 Niveau des maternités	23
3.1.4 Nombres d'accouchements par an.....	24
3.1.5 Services fréquentés dans les douze derniers mois.....	24
3.2 Les pratiques habituelles des sages-femmes	25
3.2.1 Pose du monitoring.....	25
3.2.2 Injection de l'ocytocine lors de la délivrance dirigée.....	26
3.2.3 La surveillance du post-partum immédiat	27
3.2.4 L'ablation du cathéter de péridurale.....	29
3.2.5 Glycémie capillaire chez un nouveau-né.....	30
3.2.6 Examen clinique des patientes en suites de couches	30
3.2.7 Raisons qui amènent les sages-femmes à déléguer	31
3.2.8 Test de Guthrie par une auxiliaire de puériculture	31
3.3 Les vignettes cliniques	32
3.4 Encadrement du champ de compétence	36

3.4.1 Encadrement du champ de compétence des sages-femmes	36
3.4.2 Encadrement du champ de compétences des infirmières	36
3.4.3 Encadrement du champ de compétences des auxiliaires de puériculture et des aides-soignantes	37
4. Discussion et propositions.....	38
4.1 Forces, limites et biais de l'étude	38
4.2. Discussion	38
4.2.1 Première hypothèse	38
4.2.2 Deuxième hypothèse	45
4.3. Propositions.....	50
5. Conclusion.....	52
Bibliographie.....	53
Annexe I : Actes professionnels de la profession d'IDE.....	62
Annexe II : Arrêté du 16 janvier 2006 modifié relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture (Annexe I et II).....	68
Annexe III : Arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant (Annexe I).	81
Annexe IV : Extraits du Code de déontologie des sages-femmes.....	91
Annexe V : Comparaison des sanctions disciplinaires au sein de la fonction publique hospitalière et territoriale.....	97
Glossaire.....	98

1. Introduction à l'étude : la responsabilité juridique de la sage-femme dans la délégation d'actes

1.1 Introduction

La loi française à travers le Code Civil assure le respect du corps humain, l'article 16-1 garantit le principe d'inviolabilité du corps humain (1). Celui-ci nécessite l'encadrement juridique de l'activité médicale, c'est pour cela que l'article 16-3 du Code civil précise qu'« *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.* » (2). Ces deux conditions sont les seules permettant l'atteinte à l'intégrité physique, toute autre sera punissable selon le Code pénal, la peine étant proportionnelle à la gravité du dommage.

Les seules professions autorisées à pratiquer des activités de soin sont celles exclusivement citées dans le Code de la Santé Publique (CSP) que ce soit les professions médicales ou les auxiliaires médicaux. Les professions de santé sont organisées non pas autour de compétences mais par la possession d'un diplôme permettant la réalisation de différents actes. C'est la condition principale permettant l'exercice légal de ces professions. Au centre des professions de santé se trouve la profession médicale protégée par l'infraction d'exercice illégal de la médecine. Les compétences des autres professions sont déclinées par rapport à la profession de médecin. Cette organisation permet une protection lors d'interventions sur le corps des patients et nécessite un encadrement juridique des activités médicales et de soin afin d'éviter de potentielles dérives (3).

La prise en charge des patients se fait de manière pluridisciplinaire ce qui nécessite la collaboration entre les professionnels de santé, et un travail en équipe. Pour cela, il est important pour chaque professionnel de connaître les limites de sa profession mais aussi le champ de compétences des autres personnes avec lesquelles il intervient auprès des patients. Cependant, il arrive dans certains lieux, que des professionnels effectuent des actes n'appartenant pas à leur champ de compétence. Cette pratique peut mettre en danger la vie du patient concerné et en obstétrique, celle de l'enfant. La responsabilité des professionnels

de santé envers leur patient est aussi bien juridique qu'éthique. Il est de la responsabilité de chaque professionnel de santé, médical ou non, d'agir dans le cadre strict régi par la législation. La perception de cette responsabilité semble moindre sous le couvert hospitalier (4). Le glissement de compétence est plus facile et parfois même devient presque « normal » lorsqu'il devient une habitude. C'est pour cela qu'il est légitime de se demander pourquoi les sages-femmes délèguent des actes pouvant entraîner l'engagement de leur responsabilité médico-légale.

Dans un premier temps, nous traiterons de la classification des professionnels de santé ainsi que de leur champ de compétence, puis nous aborderons la notion de responsabilité médico-légale avant d'analyser la prise en charge pluridisciplinaire du patient en termes de collaboration puis de délégation. Dans un second temps, nous exposerons l'étude qui a été réalisée. Enfin, nous analyserons les résultats obtenus et discuterons sur le sujet.

1.2 Les professions de santé

La quatrième partie du CSP est divisé en trois livres qui traitent, dans l'ordre, des professions médicales (5), des professions de la pharmacie (6) puis des auxiliaires médicaux (7).

1.2.1 Les professions médicales

1.2.1.1 Classification

Le premier livre contient le cadre légal des professions médicales, c'est-à-dire les dispositions communes à toutes ces professions, et les suivants concernent successivement les professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme. L'exercice de chaque art est autorisé après l'obtention du diplôme et l'inscription au conseil de l'ordre concerné. Ces professionnels se distinguent des autres professions de santé par leur capacité de diagnostic et de prescription. Ils doivent respecter un code de déontologie qui est propre à chaque métier médical (8).

Les professions médicales ont l'obligation de satisfaire au Développement Professionnel Continu (DPC) mis en place par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST (9). Ce dispositif permet d'entretenir la

qualité des soins en s'assurant que les professionnels dispensent des soins en accord avec les connaissances scientifiques du moment et dans leur champ de compétence. Il allie pour cela formation continue et analyse des pratiques professionnelles (10).

Le titre V (quatrième partie, livre I, CSP) concerne la profession de sage-femme, il détaille les conditions d'exercice de la profession, son champ de compétence, ainsi que ses règles d'organisation comme la constitution et les missions du conseil de l'ordre des sages-femmes.

1.2.1.2 Le champ de compétences de la sage-femme

Les domaines d'exercice de la sage-femme sont soumis à des risques tout comme l'ensemble des spécialités médicales mais présentent quelques spécificités : le suivi de la grossesse, du travail et la pratique de l'accouchement nécessitent une gestion permanente du risque dans l'éventualité d'un évènement imprévu. C'est pour cela que son champ de compétences est encadré par des lois, des décrets et des arrêtés.

D'après l'article L4151-1 du CSP, 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. De plus, ses compétences comprennent la surveillance et la pratique de l'accouchement ainsi que la réalisation des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant (11).

En 2009, la loi dite HPST, accorde aux sages-femmes de nouvelles compétences leur permettant 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 (9).

Depuis la loi de bioéthique du 07 juillet 2011 (12) qui par son article 38 a modifié l'article L4151-1 du CSP, les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret. (11)

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 permet à la sage-femme de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse (13,14) . Elle autorise la prescription des substituts nicotiques chez l'entourage de la femme enceinte et du nouveau-né. La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée, et ce même si la grossesse ou l'accouchement ne s'est pas déroulé de manière eutocique (13).

L'article L 4151-2 du CSP (15) précise les compétences des sages-femmes et leur permet de pratiquer la vaccination des femmes et des nouveau-nés depuis la loi du 09 août 2004 (16). La participation des sages-femmes à la politique vaccinale a été étendue à l'entourage de la femme enceinte et du nouveau-né par la loi du 26 janvier 2016 (13). Ainsi la sage-femme peut également prescrire et pratiquer les vaccinations de l'entourage, dès la grossesse de la mère et pendant la période de huit semaines qui suit l'accouchement (17).

Afin d'être en adéquation avec les nouvelles compétences énoncées par la loi de janvier 2016, la liste des vaccinations que peuvent pratiquer les sages-femmes a été modifiée par l'arrêté du 10 octobre 2016 (18). La liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes a également été mise à jour par l'arrêté du 8 août 2016 (19).

L'article R4127-318 modifié par le Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 précise que « *la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie* » et cite certains actes en question (20). Cependant en cas de pathologie maternelle, fœtale 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 (21).

Enfin, certaines dispositions réglementaires permettent de limiter le champ de compétences en ce qui concerne le droit de prescription (19). De même, les dispositifs médicaux sont cités par l'arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire (22).

1.2.2 Les auxiliaires médicaux

Le troisième livre de la quatrième partie du CSP relatif aux « auxiliaires médicaux » aborde les autres catégories de professionnels intervenant avec le corps médical dans la prise en charge des patients. Le titre premier traite des professions d'infirmier ou d'infirmière, les livres suivants des professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue, d'ergothérapeute et de psychomotricien, d'orthophoniste et d'orthoptiste, de manipulateur d'électroradiologie médicale, d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, et de la profession de diététicien. Le titre IX est réservé aux professions d'aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers. (7).

Les auxiliaires médicaux, les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture doivent, comme les professions médicales, satisfaire à leur obligation annuelle de développement professionnel continu. Ceci constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente (23).

Nous nous intéresserons ci-dessous plus particulièrement aux professionnels qui peuvent exercer de façon courante en périnatalité c'est-à-dire les infirmiers, aides-soignants et auxiliaires de puériculture.

1.2.2.1 Infirmier diplômé d'état

La profession d'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) est encadrée de façon législative par des lois et de façon réglementaire par des décrets et des arrêtés. Ces décrets d'actes précisent leurs conditions d'exercice ainsi que les actes professionnels autorisés (24). Il existe aussi un référentiel de formation recensant les compétences nécessaires pour l'acquisition du diplôme d'Etat publié en annexe III de l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (25).

Les articles L4311-1 à L 4311-29 du CSP fixent les conditions d'exercice de la profession d'IDE (26). L'article L4311-1 définit entre autres que : « *est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu* ». L'ensemble des infirmiers est regroupé au sein d'un Ordre National des Infirmiers qui assure l'honneur, l'indépendance et la promotion de la profession (27).

L'article L4311-1 du CSP (28) regroupe les trois actes professionnels particuliers qui sont autorisés sous certaines conditions : les vaccinations sans prescription médicale, le renouvellement d'un médicament contraceptif, et la prescription d'un dispositif médical. Ceux-ci seront délimités et explicités de façon réglementaire par la publication de décrets du conseil d'état ou des arrêtés du ministre chargé de la santé pris après avis du Haut Conseil de la Santé Publique. Ainsi pour la pratique des vaccinations, seule l'injection du vaccin antigrippal, à l'exception de la première injection (29) sous certaines conditions d'âge et/ou d'absence de pathologies précisées par l'arrêté du 19 juin 2011 (30) peut être pratiquée par un infirmier. Les modalités du renouvellement par les infirmiers des prescriptions de médicaments contraceptifs oraux datant de moins d'un an sont précisées par le décret n°

2012-35 du 10 janvier 2012 (31). L'arrêté du 25 mai 2010 fixant la liste des médicaments contraceptifs oraux contient la liste des pilules dont l'infirmier peut renouveler la prescription (32). L'arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire cite une liste limitative, celle-ci ne concerne que les cas dans lesquels les infirmiers agissent sur prescription médicale, sous réserve de l'indication contraire du médecin (33).

Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du CSP définit la fonction de l'infirmier dans son article R 4311-1. « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé* ». Certains articles précisent les actes relevant de la compétence de l'infirmier dans son rôle propre ainsi que ceux exercés en application d'une prescription médicale. Selon l'article R. 4311-3 du CSP, « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes* ». La liste des actes que l'infirmier est autorisé à effectuer dans ce cadre est l'objet des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Sous prescription médicale, l'IDE est habilitée à effectuer les actes définis aux articles R. 4311-7 et R.4311-8. L'article R. 4311-9 énonce certains actes que l'infirmier est habilité à effectuer sous réserve qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, ce sont donc des actes praticables uniquement en secteur hospitalier (34) (Annexe I).

L'article R4112-10 CSP précise que l'infirmier « *ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose* » (35). Ainsi l'infirmier ne doit accomplir que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence, c'est-à-dire les actes inscrits dans les articles cités précédemment. La référence aux limites des interventions des infirmiers ne fait pas l'objet de prévisions textuelles explicites, cependant cela n'est pas nécessaire car l'infirmier pratique des actes sous contrôle médical. Ainsi tout acte qui n'est pas explicitement autorisé est exclu.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. Les compétences de ces professionnels sont rassemblées dans un référentiel qui décrit les activités du métier puis les compétences qui s'y rattachent. L'acquisition des compétences est justifiée par l'obtention du diplôme d'état d'infirmier après trois années en institut de formation en soins infirmiers (36).

Les actes pratiqués sur les enfants de la naissance à l'adolescence sont aussi encadrés selon l'article R. 4311-13 du code de la santé publique, ils doivent être pratiqués en priorité par une infirmière puéricultrice et concernent entre autres, la surveillance du régime alimentaire du nourrisson, les soins du nouveau-né en réanimation ainsi que l'installation, la surveillance et la sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous-photothérapie.

1.2.2.2 Auxiliaire de puériculture

Pour exercer en tant qu'auxiliaire de puériculture, il est obligatoire d'être titulaire du diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture, du certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture ou du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture d'après l'article L4392-1 du CSP (37). La profession est organisée dans un cadre réglementaire, c'est-à-dire par des décrets ou arrêtés qui fixent les conditions d'obtention du diplôme, les conditions d'exercice de la profession mais aussi son rôle et ses missions.

La formation d'auxiliaire de puériculture est régie par l'arrêté du 16 janvier 2006 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture, il décrit toutes les modalités de la formation (38). Les compétences professionnelles requises pour exercer cette profession sont rassemblées dans un référentiel d'activités ainsi que dans un référentiel de compétences, ceux-ci ont été publiés en annexe I et II de l'arrêté du 16 janvier 2006 modifié relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture (39) (Annexe II).

L'auxiliaire de puériculture exerce sous la responsabilité de l'infirmier ou de la puéricultrice. Ses activités se situent dans le cadre du rôle propre de l'infirmier défini dans

les articles R. 4311-3 à R. 4311-5 du CSP relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (34).

Les auxiliaires de puériculture accompagnent l'apprentissage des nourrissons et des jeunes enfants tout en veillant à leur hygiène et à leur confort. Elles possèdent une approche globale de l'enfant en participant aux soins et à la communication avec la famille. Les auxiliaires de puériculture participent à la réalisation des actes de puériculture tels que la surveillance du régime alimentaire des nourrissons par l'aide à la mise en place de l'allaitement maternel ou la préparation des biberons, l'assistance de l'infirmier ou de la puéricultrice à la réalisation de soins. Elles mesurent et surveillent les paramètres vitaux de l'enfant et veillent au maintien de l'hygiène dans son environnement (40).

1.2.2.3 Aide-soignant

L'aide-soignant participe aux soins en collaboration avec l'infirmier, sous la responsabilité de celui-ci et dans les limites du rôle propre de l'infirmier et des compétences reconnues par la formation d'aide-soignant. Pour exercer en tant qu'aide-soignant, il est obligatoire d'être titulaire du diplôme d'Etat d'aide-soignant, du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ou du diplôme professionnel d'aide-soignant d'après l'article L4391-1 du CSP (41). L'accès à l'exercice de la profession se fait par l'obtention du diplôme validant l'acquisition des compétences indispensable à l'exercice de la profession. Celles-ci sont précisées par l'Arrêté du 25 janvier 2005 modifié relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant (42). En effet, il contient en annexe le référentiel d'activité de la profession qui détaille les actes professionnels de l'aide-soignant (43). La profession est aussi réglementée par un référentiel de compétences publié en annexe de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant, qui liste les unités d'enseignement et les items de savoir-faire abordés et acquis durant la formation (44) (Annexe III). L'aide-soignant travaille en collaboration avec l'infirmier pour assurer le bien-être des patients. L'aide-soignant a un rôle prépondérant dans l'accompagnement des personnes dans les actes de la vie quotidienne, il participe aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Il veille au bien-être et au maintien de l'autonomie de la personne (45).

En maternité, l'aide-soignante aide aux soins aux femmes enceintes et accouchées et assure leur confort, participe à l'accompagnement humain tout au long du travail et à la

naissance du bébé. Elle vérifie la présence et l'entretien du matériel nécessaire en quantité suffisante. L'aide-soignante est capable de mesurer et d'évaluer les paramètres vitaux de la femme afin d'alerter la sage-femme si nécessaire. Les soins aux nouveau-nés ne relèvent pas de la compétence de l'aide-soignant car le référentiel d'activités ne décrit que des actes effectués sur la personne adulte (46).

Les professions médicales et paramédicales travaillent en collaboration pour assurer la meilleure prise en charge possible des patientes. Cependant, parfois, les soins prodigués ne sont pas forcément exécutés par la personne compétente au sens de la loi. Dans la partie suivante sera détaillée la responsabilité médico-légale puis la prise en charge pluridisciplinaire du patient.

1.3 Responsabilité du soignant et prise en charge pluridisciplinaire

1.3.1 La responsabilité médico-légale de la sage-femme

Depuis plusieurs années, la profession de sage-femme connaît un élargissement de son champ de compétences ce qui entraîne une augmentation de l'implication de la sage-femme sur le plan médico-légal.

1.3.1.1 La notion de faute

La responsabilité médicale est basée sur l'existence d'une faute médicale. C'est la jurisprudence Mercier, issue d'une décision de la cour de cassation du 20 mai 1936, qui avait reconnu la nature contractuelle du lien entre le médecin et son patient (47). De ce fait, pour pouvoir parler de faute médicale, il fallait apporter la preuve de la faute commise par le médecin, le préjudice subi par le patient ainsi que le lien de causalité entre les deux.

Il découle de cette décision que le contrat passé entre le soignant et le soigné engageait le premier à respecter une obligation de moyen. Ce principe de responsabilité a été encadré par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (48). Cette loi a modifié le code de santé publique de sorte qu'il est inscrit à l'article L1142-1 que « *Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas*

de faute » (49). Il découle de cet article que la responsabilité d'une sage-femme ne peut être retenue que si cette dernière a commis une faute dans l'exercice de son art. La faute médicale correspond à un manquement des devoirs du praticien et s'appuie sur la qualité escomptée des soins. La responsabilité de la sage-femme n'est donc pas fondée sur une obligation de résultat mais sur une obligation de moyen : c'est-à-dire que les soins doivent être adéquats, délivrés avec compétence et conscience.

Il existe deux types de faute : la faute technique et le manquement aux règles d'humanisme et d'éthique. La première est la faute commise par méconnaissance des usages et règles scientifiques de la profession, elle peut concerner un diagnostic erroné si tous les examens permettant d'établir le diagnostic n'ont pas été mis en œuvre, ou la mauvaise réalisation d'un acte par exemple. La seconde correspond au non-respect des droits du patient. Celui-ci comprend, la violation de l'obligation d'information à propos de laquelle l'article L.1111-2 du CSP précise que « *Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables* », ainsi l'information que la sage-femme délivre doit s'inscrire dans son champ de compétence et non dans celui du médecin (50). Mais aussi, le recueil du consentement libre et éclairé du patient dicté par les articles 16-3 du code civil (2), L. 1111-2 du CSP (51) et R. 4127-35 du CSP (52) ainsi que la violation du secret médical protégé par l'article L. 1110-4 du CSP (53). La faute d'humanisme du médecin et de la sage-femme sont similaires cependant en ce qui concerne la sage-femme, le défaut d'appel du médecin en cas de pathologie ou le dépassement de compétence entrent aussi dans cette catégorie (54).

La faute médicale est à distinguer de l'erreur médicale et de l'aléa thérapeutique. Une erreur médicale à la différence de la faute médicale signifie que n'importe quel autre praticien normalement diligent et compétent aurait agi de la même manière et aurait fait la même erreur dans cette même situation. L'aléa thérapeutique est une situation où il n'y a pas eu d'erreur mais une évolution anormale de l'état du patient. Ces deux notions au contraire de la faute n'engagent pas la responsabilité du praticien.

La responsabilité de la sage-femme est personnelle et indépendante, en effet selon l'article R. 4127-325 du CSP « *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 » (55). Ce qui signifie que lorsque la sage-femme fait une faute lors d'un acte appartenant à son champ de compétences mais aussi lorsqu'elle dépasse le cadre de ses compétences, sa responsabilité peut être engagée.

Dans le cadre d'une urgence, lors d'un accouchement dystocique ou de la réanimation d'un nouveau-né, la sage-femme est autorisée à intervenir et à pratiquer les manœuvres nécessaires. Il est cependant important de souligner que cette intervention doit se faire dans l'attente du médecin ce qui signifie que la sage-femme doit en tout premier lieu prévenir le médecin. Le défaut d'appel du médecin sera la faute retenue par les juges même en cas de réalisation des manœuvres dans les règles de l'art.

1.3.1.2 Les différents types de responsabilité

La sage-femme, comme le médecin, est soumise à des responsabilités de différentes natures : les responsabilités sources de sanctions telles que la responsabilité pénale, disciplinaire ou ordinale et les responsabilités indemnitaires telles que la responsabilité civile ou administrative (56).

La responsabilité pénale sanctionne une infraction de droit commun telle qu'une contravention, un délit ou un crime et est le plus souvent engagée, pour les professionnels de santé, en cas d'homicide involontaire, d'atteinte involontaire à l'intégrité physique, de mise en danger de la personne et de violation du secret médical. Ce sont les tribunaux judiciaires qui statuent sur ces infractions, les peines prononcées sont des amendes et des peines de prison. Tout citoyen peut voir sa responsabilité pénale engagée car elle est personnelle. Son principe de base est exprimé par l'article 121-1 du Code Pénal : « *Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait.* » (57). La faute pénale consiste à avoir commis une infraction en ayant le discernement et la liberté d'agir. Cependant, cette obligation pour une personne de répondre des infractions commises ne peut s'appuyer que sur la base des sanctions pénales prévues par la loi. De plus, il doit exister un lien de causalité entre la faute et le préjudice subi. La faute pénale non intentionnelle n'est pas définie par le Code Pénal mais regroupe la maladresse, l'inattention, l'imprudence, la négligence, le manquement à une obligation de sécurité ou de prudence (58,59).

La responsabilité ordinale est la responsabilité devant l'ordre des sages-femmes. Le code de déontologie des sages-femmes est une règle de droit et les juridictions disciplinaires de l'ordre sanctionnent les manquements à ce code, c'est-à-dire tout comportement adopté

qui serait contraire à l'éthique professionnelle (56,60) (Annexe IV). De plus la chambre disciplinaire de première instance peut prononcer une sanction disciplinaire à l'encontre d'une sage-femme condamnée par une juridiction pénale. Les sanctions peuvent aller de l'avertissement jusqu'à la radiation du tableau de l'ordre (61).

La responsabilité disciplinaire est celle qui peut être engagée devant l'employeur, lorsque celui-ci considère que les agissements du salarié sont fautifs. Elle s'applique aussi bien lorsque la sage-femme est salariée d'un établissement public hospitalier que lorsqu'elle exerce dans un établissement privé de type clinique. En ce qui concerne les fonctionnaires, l'article 29 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires stipule que « *Toute faute commise par un fonctionnaire dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale* » (62). Le pouvoir disciplinaire appartient à l'autorité investie du pouvoir de nomination, c'est-à-dire le directeur de l'établissement. Aucune sanction disciplinaire autre que celles classées dans le premier groupe ne peut être prononcée sans consultation préalable d'un conseil de discipline (63). Au sein de la fonction publique hospitalière les sanctions se répartissent en 4 groupes allant de l'avertissement, du blâme dans le premier groupe, jusqu'à la mise à la retraite d'office et la révocation dans le dernier. (64). Au sein de la fonction publique territoriale existent également 4 groupes de sanctions : dont les 2 premiers sont légèrement différents : le premier groupe comprend l'avertissement ; le blâme et l'exclusion temporaire de fonctions pour une durée maximale de trois jours. Les sanctions vont jusqu'au quatrième groupe comprenant la mise à la retraite d'office et la révocation (65). (Annexe V).

Lorsque la sage-femme est salariée dans un établissement privé, l'employeur peut décider de mettre en place une procédure disciplinaire, prévue dans l'article L. 1332-2 du Code du Travail (66), pour sanctionner un acte qu'il considère comme fautif. La sanction disciplinaire est définie dans l'article L. 1331-1 du code du travail (67) par toute mesure étant de nature à affecter immédiatement ou non la présence du salarié dans l'entreprise, sa fonction, sa carrière ou sa rémunération. Les sanctions peuvent être entre autres l'avertissement, le blâme, la mise à pied disciplinaire sans salaire, la mutation, la rétrogradation, le licenciement pour faute simple, grave ou lourde. Ces sanctions peuvent parfois se cumuler avec les sanctions déontologiques prise par l'Ordre.

La responsabilité indemnitaire a pour but la compensation financière d'une victime d'un acte médical. Lorsque que la sage-femme exerce dans un établissement public hospitalier, la responsabilité est administrative et jugée par le tribunal administratif. L'administration est responsable de ses agents c'est-à-dire que lorsqu'ils entraînent un dommage dû à une faute, elle prend en charge l'indemnisation de la victime. Toutefois la responsabilité de la sage-femme peut être engagée en cas de faute détachable du service. C'est l'arrêt Pelletier de 1873 qui a précisé la distinction entre la faute personnelle et la faute de service (68). La faute personnelle doit être d'une exceptionnelle gravité, comme la volonté de nuire, l'abandon de poste commise dans le cadre des fonctions et qui traduisent une faute individuelle de la personne. Cette faute n'a aucun lien avec le fonctionnement du service. Selon la formule issue des conclusions de Laferrière : il y a faute de service « *si l'acte dommageable est impersonnel, s'il révèle un administrateur plus ou moins sujet à erreur* » ; il y a faute personnelle s'il révèle « *l'homme avec ses faiblesses, ses passions, ses imprudences. Si la personnalité de l'agent se révèle par des fautes de droit commun, alors la faute est imputable au fonctionnaire, non à la fonction* » (69). Dans ce cas, la sage-femme devra alors supporter la compensation financière nécessaire à l'indemnisation des victimes.

Lorsque la sage-femme exerce dans le privé, cette responsabilité est civile, le tribunal compétent est le tribunal de grande instance. Pour engager la responsabilité civile d'une sage-femme, il faut prouver la faute, le préjudice et le lien de causalité entre les deux (70). La faute civile est le non-respect de l'obligation contractuelle de prodiguer des soins consciencieux et conformes aux données acquise de la science, elle peut être une faute technique ou un manquement aux règles de l'humanisme. Le préjudice est le dommage causé à la victime, il peut être physique ou moral. Enfin le lien de causalité doit être certain et direct. La sage-femme étant salariée, elle est soumise dans le cadre de son contrat de travail aux ordres et directives de son employeur. A ce titre elle est normalement protégée par l'article 1242 du Code Civil « *On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde* » (71). C'est-à-dire que l'employé qui commet une faute sans excéder les limites de la mission définie par son employeur ne peut voir sa responsabilité personnelle engagée. Cependant, la sage-femme exerce une profession médicale autonome et indépendante et sa faute ne pourrait être rattachée à sa qualité de salariée car il s'agirait d'un manquement à des obligations professionnelles dont l'exécution

ne dépend que d'elle-même. Ce principe a évolué dans l'arrêt n° 1607 du 9 novembre 2004 de la Cour de cassation, arrêt dans lequel la sage-femme est exonérée du paiement d'indemnités provisionnelles au vu que « *la sage-femme salariée qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui est impartie par l'établissement de santé privé, n'engage pas sa responsabilité à l'égard de la patiente*» (72). La sage-femme peut toutefois voir sa responsabilité engagée en cas d'abus de fonction, c'est-à-dire d'agissements en dehors des fonctions pour lesquelles elle est employée, sans autorisation de son employeur, et à des fins étrangères à ses attributions. Si elle commet dans son cadre de compétence qui est l'eutocie, une faute intentionnelle ou ayant un caractère particulièrement grave, ou si elle sort de son cadre de compétence, elle devra supporter la compensation financière c'est à dire payer les dommages et intérêts. Seule l'action devant une urgence vitale ne pourra lui porter préjudice (73,74). Les règles de bonnes pratiques médicales et l'obligation de moyen s'appliquent aussi bien en termes de responsabilité civile qu'administrative.

La profession de sage-femme possède deux aspects, tantôt intervenant médical autonome, tantôt auxiliaire médical pratiquant les actes sous prescription du médecin. La pratique de la sage-femme doit être conforme aux textes en vigueur et à leurs évolutions. Cette adaptation nécessite de connaître les dispositions législatives et réglementaires en matière de qualité et de sécurité des soins. Les soins doivent être consciencieux, attentifs et conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né. C'est pourquoi la sage-femme doit adopter des mesures préventives afin d'éviter toute confrontation avec la justice. Ainsi les situations à risques et les moyens de les prévenir doivent être connus de toutes les sages-femmes. Cela repose sur la rigueur de chacun à respecter la limite de ses compétences, à veiller à la bonne tenue du dossier obstétrical, à donner une information honnête et claire à la patiente, ainsi qu'à mettre en place tous les moyens utiles pour une bonne organisation en termes de personnel et de matériel (75).

La prise en charge de tous les patients se fait grâce à la collaboration entre les différents membres de l'équipe soignante et nous allons maintenant étudier les possibilités de partage des soins au regard de la loi.

1.3.2 La prise en charge pluri-professionnelle du patient

1.3.2.1 La collaboration entre les soignants

La participation de plusieurs professionnels appartenant à des professions différentes à la prise en charge adéquate du patient ainsi qu'à la poursuite d'objectifs de santé publique est la base de la collaboration. Elle prend place dans un contexte juridique caractérisé par un certain nombre de contraintes. Il s'agit des règles relatives à la protection de l'intégrité des personnes et de l'organisation actuelle du système de répartition de tâches entre professions. Certaines tâches incombent à plusieurs professions, d'autres font partie du rôle propre de l'une d'entre elles. La référence aux actes autorisés constitue la source exclusive pouvant permettre l'intervention d'un professionnel sur le corps d'un patient.

Ce travail en équipe pluridisciplinaire oblige à réfléchir sur la notion de collaboration. C'est l'action de réaliser une œuvre commune qui repose sur la responsabilité de chacun, elle repose sur la confiance entre les différents acteurs en santé et est cadrée par l'organisation du système de soins qui définit les rôles et les responsabilités de chacun. Il en existe plusieurs formes : la participation aux actes effectués par un professionnel plus qualifié, la réalisation d'actes sur prescription, la réalisation d'actes prévus dans le cadre de protocoles.

Si dans certains domaines, la répartition des tâches peut passer outre le diplôme et s'appuyer sur l'expérience personnelle, dans le milieu médical, c'est impossible car entrent en jeu la qualité des soins et la sécurité du patient. La qualification d'un professionnel correspond à une aptitude juridique résultant de la possession d'un diplôme ou d'un titre équivalent. La compétence renvoie à une combinaison de « savoir, savoir-faire et savoir-être » en situation. Si la compétence peut être acquise par l'expérience, elle ne permet pas d'obtenir la qualification nécessaire à la pratique d'un acte de soin. La compétence renvoie à une personne et donc ne se délègue pas (76).

Le patient doit recevoir des soins de qualités pratiqués par une personne formée pour le type de soin dont il a besoin. La qualité des soins est une notion complexe qui, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour

un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultats, et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». Le terme de qualité regroupe plusieurs catégories, par exemple, l'efficacité qui est l'utilisation optimale des ressources disponibles afin de fournir les meilleurs soins possibles et la sécurité qui est basée sur le principe de ne pas nuire aux malades. Elle comprend aussi la réactivité qui est la prise en charge du patient en dehors du plan médical propre par l'information délivrée, l'écoute et l'empathie. La qualité des soins se modifie selon l'évolution des techniques, de la science mais nécessite toujours une concertation et une collaboration interdisciplinaire centrées sur le patient. C'est cette collaboration pluri-professionnelle qui évite tout effet négatif sur la qualité des soins (77).

Un acte de soin est un ensemble d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soin peut se décomposer en tâches, définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents (76). La répartition des tâches entre les différentes professions de santé est majoritairement organisée autour de l'infraction d'exercice illégal de la médecine qui est l'objet de l'article L. 4161-1 du CSP. L'intervention des auxiliaires médicaux est une exception au monopole médical, en effet l'article stipule que *“Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes [...] ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux auxiliaires médicaux...”* (78). L'encadrement des actes des professions de santé se fait, d'une part, selon la loi, les normes réglementaires, notamment les décrets d'actes et les règles déontologiques (professions médicales, et notamment profession de sage-femme, mais également, professions d'infirmiers et infirmières), et d'autre part, d'après les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et des sociétés savantes (76).

En santé, la collaboration a pour limite les frontières précises de chaque corps de métier. C'est-à-dire qu'elle doit pouvoir avoir lieu sans s'inscrire dans des schémas de transfert ou de délégation qui sont interdits par la loi. Nous allons donc définir ces termes, poser les limites de ces pratiques et présenter quelques évolutions mettant en place de nouvelles formes de coopération.

1.3.2.2 La délégation, le transfert de tâches ou d'actes et la coopération

La délégation désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin, la sage-femme) reste engagée du fait de la décision de déléguer ; la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte. Le transfert est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux deviennent donc autonomes dans la décision et la réalisation. L'acte en question, qu'il soit délégué ou transféré, doit faire partie des compétences du professionnel à qui il est confié (79). Ainsi, une sage-femme ne peut prescrire un médicament n'appartenant pas à la liste fixée par arrêté même si le médecin le lui a demandé, tout comme une auxiliaire de puériculture ne peut pratiquer une mesure de la glycémie capillaire à un nouveau-né sur demande de la sage-femme.

L'acceptation d'un « transfert » ou d'une « délégation » de compétence non organisé par la loi constitue un exercice illégal de la profession à laquelle appartient le « délégant ». En effet, selon le code civil et le droit pénal, seule la loi peut autoriser un professionnel à porter atteinte à l'intégrité corporelle d'un être humain et cette autorisation n'est ni transférable ni déléguable (2,80). Un médecin qui transférerait ou déléguerait certaines activités qui lui appartiennent sur le plan légal, à un professionnel paramédical engagerait sa responsabilité pénale pour complicité d'exercice illégal de la médecine (76)(81).

Un glissement de tâche est un acte réalisé par un professionnel qui n'en a pas la compétence réglementaire. La référence est donc le diplôme et non la compétence effective de la personne. L'habitude ne justifie pas le dépassement de compétence. Dans tous les cas, le professionnel qui se voit déléguer ou transférer un acte de soin ou une tâche doit posséder les compétences nécessaires, c'est-à-dire la maîtrise d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) acquise par la formation donnant l'accès au diplôme. La notion de compétence traduit la capacité d'un professionnel à combiner ses ressources propres pour agir dans une situation précise. Elle renvoie à la personne qui l'a acquise et qui la possède et elle ne peut donc pas se déléguer. Les compétences peuvent être spécifique à un métier ou transversales à plusieurs métiers (31).

Un professionnel pratiquant un acte en dehors de son champ de compétence, se rend coupable d'exercice illégal de la profession en question. L'exercice illégal de la médecine ou de la profession de sage-femme est une infraction punie de 2 ans d'emprisonnement et de 30.000 € d'amende (81).

Dans un établissement de santé, les prises en charge sont le plus souvent harmonisées à l'ensemble du personnel grâce à des protocoles de soins. Il s'agit de protocoles décrivant les techniques et consignes à appliquer dans différentes situations afin d'aider les professionnels concernés dans leurs prises de décisions et d'harmoniser la prise en charge des patients. Le contenu d'un protocole est libre mais doit respecter un certain nombre de contraintes lors de son élaboration dont le respect des textes législatifs et réglementaires ainsi que les compétences du professionnel de santé explicités dans le CSP sous la forme des actes professionnels. Un protocole ne doit donc pas avoir comme conséquence de faire sortir le professionnel de son cadre légal de compétences. Dans le domaine de la santé, chacun doit disposer des compétences légales de son exercice. Celles-ci sont déterminées par des textes officiels et non par des protocoles. Il faut donc faire attention au risque d'institutionnaliser un glissement de tâche par l'intermédiaire de ces protocoles de soins (82). En effet, l'organisation même des services peut entraîner une délégation de tâches entre les professions qui peut engager la responsabilité de l'établissement en cas de plainte.

Entre 2003 et 2007, des expérimentations visant à apporter des éléments de réflexion sur les évolutions possibles des contours des métiers de la santé ont été menées en France. Elles concernaient entre autres : des patients traités pour une hépatite chronique C suivis par une infirmière experte, une coopération entre manipulateur en électroradiologie et médecins radiothérapeutes... L'attention était portée particulièrement sur la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins. Les professionnels en question ont suivi une formation complémentaire afin d'assurer ces actes (79). Puis, après la publication des conclusions de ces expérimentations considérées comme positives, la loi HPST promue en 2009 a autorisé par son article 51 la mise en place de transfert d'actes de soins par dérogation sous la forme de protocole de coopération : « *...les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience...* » (9). Sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé, après avis de la HAS, des protocoles de

coopération ont été mis en place à l'initiative des professionnels de terrain. Un protocole de coopération est un document, décrivant les activités ou les actes de soins pouvant être transférés par un professionnel de santé à un autre, de titre et de formation différente, permettant de réorganiser le mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge. Pour être validé le protocole doit répondre à de nombreux critères, comme l'obligation de formation du personnel, permettant de conserver une sécurité pour le patient (3,83).

La législation et la réglementation en vigueur stipulent donc qu'un acte effectué par un professionnel doit obligatoirement faire partie des compétences légales et réglementaires de ce dernier, à l'exception des protocoles de coopérations très encadrés réglementairement. Cependant en pratique, les habitudes de services et l'expérience prennent parfois l'avantage sur le cadre légal des compétences. En ayant montré les conséquences légales possibles de ces dérives, il serait intéressant de savoir pourquoi les sages-femmes délèguent des actes pouvant entraîner l'engagement de leur responsabilité médico-légale ?

2. Matériel et méthodes

2.1 Objectifs et hypothèses

L'objectif principal poursuivi dans la réalisation de notre étude est de savoir si les sages-femmes reconnaissent les situations dans lesquelles leur responsabilité médico-légale peut-être engagée devant un tribunal.

Les objectifs secondaires sont, tout d'abord, d'identifier la forme de délégation pratiquée par les sages-femmes c'est-à-dire quels gestes, vers quels professionnels et dans quelles circonstances, puis d'évaluer les connaissances des sages-femmes sur le champ de compétences des professionnels avec lesquels elles travaillent.

Les hypothèses avancées pour répondre à ces objectifs sont d'une part, que les sages-femmes manquent d'informations sur les actes pouvant être réalisés par chacun des professionnels de leur équipe, et d'autre part, que les sages-femmes sont insuffisamment informées sur les différents types de responsabilités juridiques de leur profession en cas de plainte

2.2 Type d'enquête

L'enquête menée est une étude descriptive transversale multicentrique. Elle est basée sur un questionnaire informatique envoyé aux coordinatrices de plusieurs maternités afin qu'il soit transmis aux sages-femmes y travaillant grâce aux listes de messageries électroniques qu'elles possédaient. L'étude a été commencée le 20 octobre 2016 par l'envoi d'un premier mail contenant le lien URL du questionnaire. Les envois ont été clôturés le 31 décembre 2016.

2.3 Population

La population visée par l'étude est composée de sages-femmes salariées de la fonction publique hospitalière mais aussi de sages-femmes salariées du secteur privé. Il a été choisi de ne pas inclure les sages-femmes libérales et territoriales car leur mode d'activité limite les possibilités de collaboration interprofessionnelles directes et quotidiennes.

L'inclusion d'une sage-femme dans l'enquête requiert qu'elle ait travaillé dans une structure de soin publique ou privée durant l'année 2016 quel que soit le service concerné : salle de naissance, suites de couche, consultations prénatales, service des grossesses à hauts risques, explorations fonctionnelles, diagnostic anténatal, etc.

2.4 Lieu

Les centres ont été sélectionnés selon le type de maternité, ainsi quatre centres de type I, II et III ont été choisis de manière aléatoire en Ile de France, appartenant aussi bien au secteur public que privé.

Un premier mail a été envoyé aux coordinatrices de ces centres afin de savoir si elles acceptaient de transmettre le questionnaire de l'étude aux sages-femmes. Sept d'entre elles ont accepté, une a refusé et quatre n'ont jamais répondu.

Les lieux participant à l'étude sont donc :

- Trois maternités de type III : le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, l'hôpital Trousseau et l'hôpital Necker
- Trois maternités de type II : l'hôpital Esquirol de Saint-Maurice, l'hôpital Lariboisière et l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière

- Une maternité de Type I : Les Lilas.

La population totale interrogée est composée de 275 sages-femmes.

2.5 Outil de l'enquête

L'outil sélectionné est un questionnaire créé grâce au logiciel Google Doc disponible gratuitement sur internet. Il donne l'avantage d'être facilement transmis grâce à l'adresse URL fourni par le logiciel, cette adresse étant inclus dans un mail destiné à la coordinatrice de la maternité.

Pour réaliser cette enquête, la réalisation d'un questionnaire a paru le plus approprié. En effet, selon Jean-Christophe Vilatte, « *cet outil est une méthode de recueil d'informations mise en place afin d'expliquer et de comprendre des faits* » (84). Le questionnaire nous permet de poser à notre population un ensemble de questions relatives à nos différentes hypothèses de recherche : la connaissance des champs de compétences de différents professionnels par les sages-femmes mais aussi sur l'incidence de la délégation dans leurs pratiques. Il permet de recueillir un plus grand nombre de données, en effet, l'envoi dans plusieurs centres ainsi que l'anonymat fourni par les questionnaires devaient permettre d'entrevoir une hétérogénéité des pratiques. Le questionnaire apporte la possibilité de mettre en corrélation les nombreuses données reçues. De plus, l'envoi des questionnaires par mail a permis un gain de temps lors de l'analyse des résultats (85).

Le questionnaire comporte plusieurs parties, la première permet de définir le profil professionnel de la sage-femme interrogée, la deuxième recense les connaissances des sages-femmes sur les compétences des infirmières, des aides-soignantes et des auxiliaires de puériculture ainsi que les habitudes de la sage-femme en termes de délégation. Pour la dernière partie, la méthode utilisant des vignettes cliniques a été choisie. Dans la littérature médicale, les vignettes cliniques ont montré leur efficacité pour permettre d'évaluer le comportement des praticiens dans le cadre des tests de diagnostic ou des décisions de traitement. Dans le cas présent, elles ont servi pour rendre compte des connaissances des sages-femmes sur leurs risques médico-légaux dans certaines situations. Les vignettes cliniques rapportent des situations dans lesquelles les sages-femmes peuvent se retrouver dans leur pratique quotidienne. Les situations exposées se déroulaient dans différents services de maternités et toutes les sages-femmes pouvaient y répondre car elles avaient en majorité exercées dans ces services. Ces vignettes permettent de se rendre compte de la

variation de reconnaissance des situations à risque selon la sage-femme interrogée. Cet outil était approprié car pour y répondre la sage-femme devait décider si la prise en charge présentée relève de sa compétence puis réfléchir sur l'absence ou la présence du risque d'engagement de sa responsabilité et dans ce cas sur sa nature. (86–89).

Au fur et à mesure de l'avancée de l'étude, chaque centre, y compris ceux qui n'avaient donné aucune réponse, a reçu 4 mails de relance. La réponse au questionnaire était anonyme, le logiciel de création du questionnaire en ligne ne transmettant pas l'adresse mail de la personne ayant retourné le questionnaire. La seule information personnelle demandée était l'année d'obtention du diplôme.

2.6 Analyse

Les résultats ont été analysés grâce au logiciel Google Sheets disponible gratuitement au sein duquel il était possible d'exporter les résultats obtenus sur Google Forms.

Lorsque certaines réponses n'étaient pas interprétables et que leur nombre n'atteignaient pas les 20% du total de réponses à la question, nous avons présentés les résultats en enlevant le taux de non réponses et en recalculant les proportions.

3. Résultats

122 questionnaires ont été remplis et retournés, ils étaient complets et tous exploitables. Ce nombre nous amène un taux de réponse de 44,4% par rapport à l'ensemble de l'échantillon sélectionné.

3.1. Profil des sages-femmes interrogées

3.1.1 Année de diplôme

Dans notre échantillon, 45 sages-femmes, soit 37% de notre échantillon, ayant répondu sont diplômées avant 2009, 66 sont des sages-femmes diplômées entre 2009 et 2015 ce qui équivaut à 54%, enfin 11 ont été diplômées en 2016 soit 9%. La moyenne d'année d'expérience des sages-femmes interrogées est de 8,5 ans. Le minimum est d'un an d'expérience (diplôme en 2016) et le maximum est de 37 ans d'expérience (diplôme en 1980).

3.1.2 Lieu d'exercice

Les 122 questionnaires renseignés se répartissent entre les différents établissements de la façon suivante :

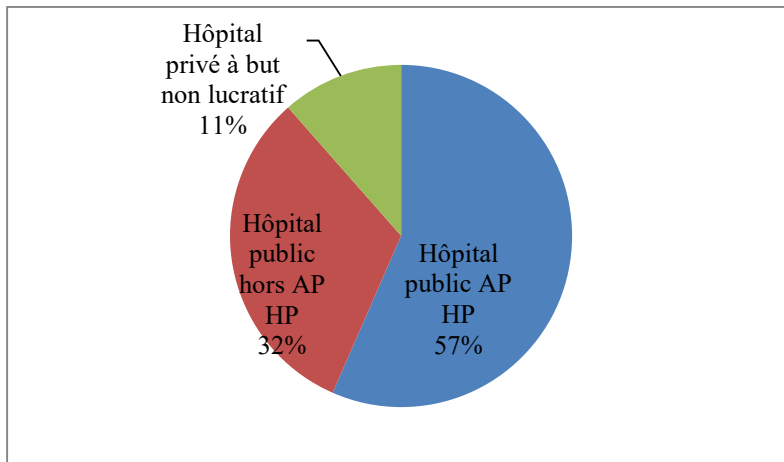


Figure 1 – Répartition du lieu d'exercice des sages-femmes, n=122

Parmi les sages-femmes interrogées, 89% exercent dans un hôpital public et dans 57% des cas, l'hôpital appartient à l'AP-HP. 11% des sages-femmes ayant répondu exercent dans un hôpital privé à but non lucratif.

3.1.3 Niveau des maternités

Les sages-femmes ayant répondu au questionnaire sont réparties selon la façon suivante dans les trois types de maternités interrogées :

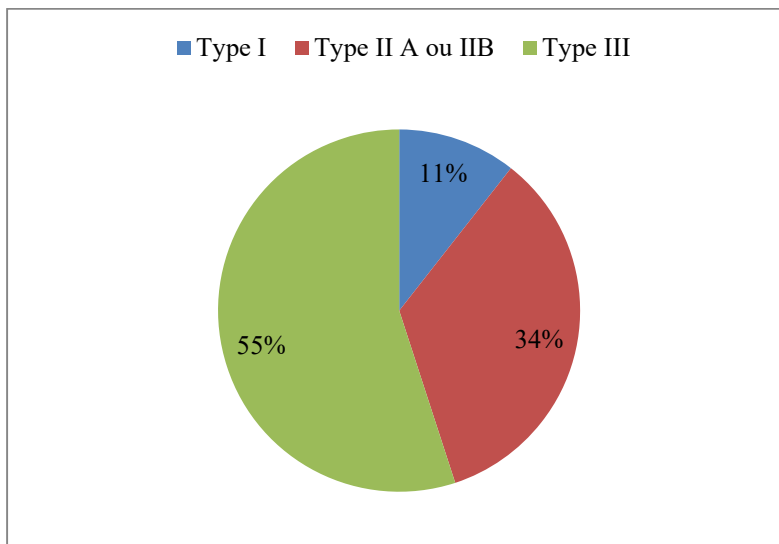


Figure 2- Répartition des types d'établissements des sages-femmes (n=122)

Les sages-femmes ayant répondu exercent à 55% dans une maternité de type III. Celles exerçant dans une maternité de type II représentent 34% de l'effectif, enfin les sages-femmes exerçant dans un type I sont 11%.

3.1.4 Nombres d'accouchements par an

9,8% des sages-femmes interrogées soit 12 personnes ont indiqué pratiquer moins de 2000 accouchements par an au sein de leur établissement et 25,4% soit 31 sages-femmes pratiquent entre 2000 et 3000 accouchements par an, enfin 64,7% soit 79 sages-femmes ont répondu qu'elles pratiquaient plus de 3000 accouchements par an dans leur maternité.

3.1.5 Services fréquentés dans les douze derniers mois

Les sages-femmes ont indiqué les services au sein desquels elles ont exercé l'année passée, plusieurs réponses étaient possibles. Les réponses se répartissent de la façon suivante :

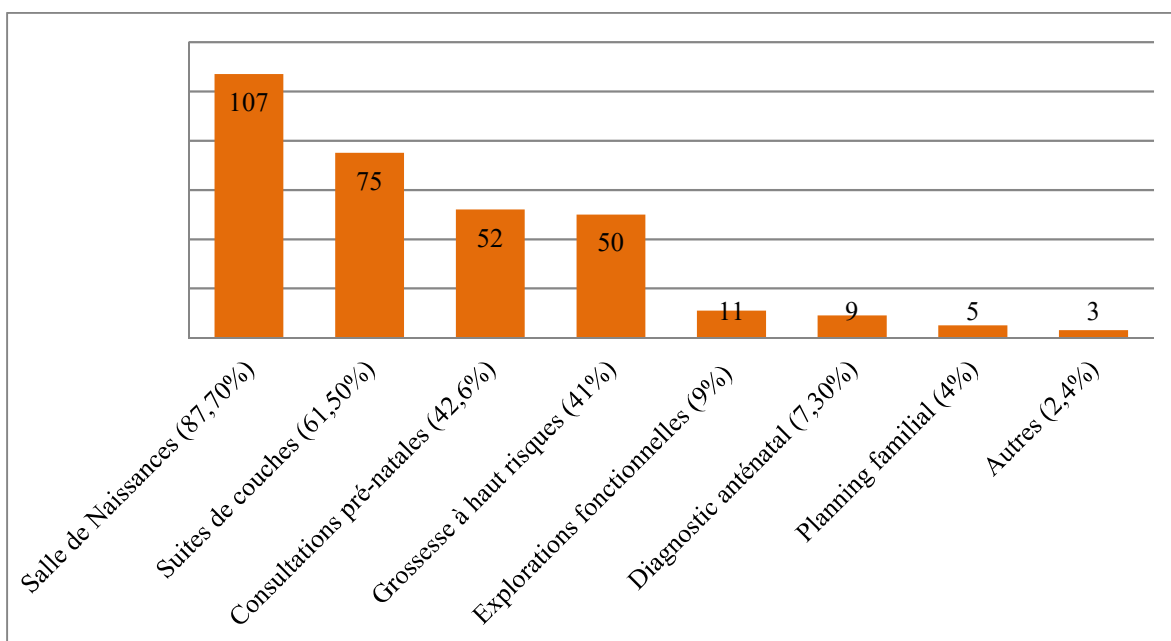


Figure 3 - Répartition de l'activité des sages-femmes dans les différents services (n=122)

L'item « Autres » regroupe les réponses « banque de sang de cordon » (n=1), « Préparation à la naissance et à la parentalité » (n=1) et « recherche clinique » (n=1).

La majorité des sages-femmes travaillent dans plusieurs services au cours de l'année, parmi les sages-femmes interrogées seules 4 d'entre-elles n'ont travaillé que dans le service de diagnostic anténatal, 2 uniquement en consultations et 1 n'a fait cette année que de la recherche clinique.

3.2 Les pratiques habituelles des sages-femmes

3.2.1 Pose du monitoring

La fréquence à laquelle les sages-femmes de l'échantillon posent le monitoring avant une consultation se découpe de la manière suivante :

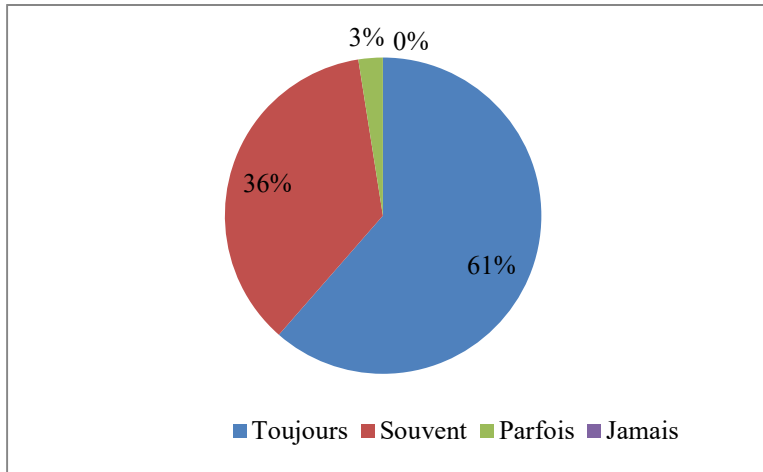


Figure 4 - Pose du monitoring par la sage-femme (n=122)

Parmi l'échantillon de sages-femmes interrogé, 39% soit 48 sages-femmes, ne posent pas le monitoring elles-mêmes à chaque fois.

Lorsque les sages-femmes ne posent pas elles-mêmes le monitoring, les professionnels à qui elles délèguent sont les suivants :

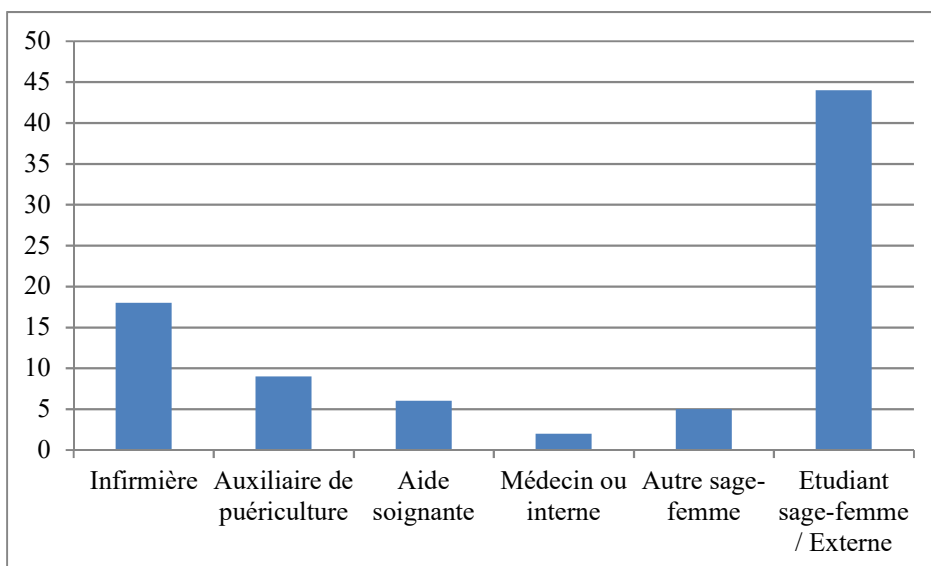


Figure 5 - Professionnel posant le monitoring à la place de la sage-femme (n=62)

62 sages-femmes ont répondu à la question, parmi elles, il y a les 48 sages-femmes qui avaient déclaré ne pas poser le monitoring elles-mêmes à chaque fois et 14 sages-femmes qui déclaraient toujours le poser et qui ont tout de même cité un ou plusieurs professionnels à qui elles délèguent cet acte.

Les sages-femmes ont cité l'étudiant sage-femme et/ou l'externe, soit seul, soit en plus de l'un des professionnels ci-dessus.

Les situations au cours desquelles la sage-femme ne pose pas le monitoring ont été les suivantes :

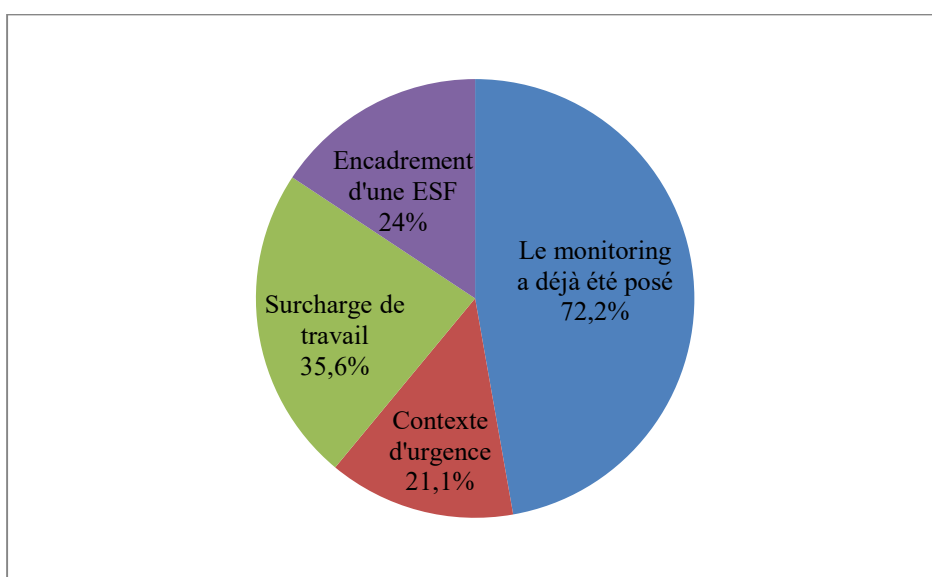


Figure 6 - Situations dans lesquelles la sage-femme ne pose pas le monitoring elle-même (n=90)

Une sage-femme a expliqué que l'organisation du service dans sa maternité fait que ce sont les aides-soignantes et les auxiliaires de puériculture qui installent les patientes et posent le monitoring aux urgences.

3.2.2 Injection de l'ocytocine lors de la délivrance dirigée

Les sages-femmes devaient indiquer quel professionnel injecte l'ocytocine au moment de la délivrance dirigée lors de l'accouchement. Trois réponses n'ont pas pu être exploitées car 2 sages-femmes ont déclaré ne pas avoir fait d'accouchements depuis longtemps et 1 sage-femme a répondu qu'elle ne pratiquait jamais la délivrance dirigée.

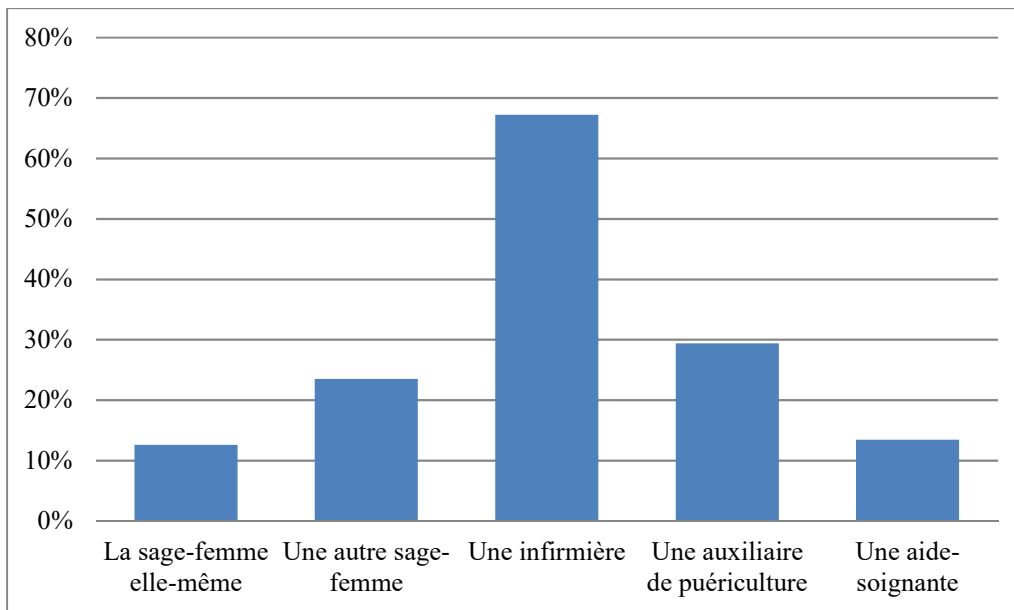


Figure 7 – Répartition des professionnels effectuant la délivrance dirigée (n=119)

33,6% des sages-femmes soit 40 d’entre-elles ont cité l’auxiliaire de puériculture, l’aide-soignante ou les deux. Une sage-femme ayant répondu l’auxiliaire de puériculture a précisé : « je fais la DD moi-même quand l’auxiliaire ne veut pas la faire ».

66,38% des sages-femmes soit 79 d’entre-elles ont répondu uniquement des professionnels compétents pour effectuer ce geste : la sage-femme elle-même, une autre sage-femme, une infirmière.

3.2.3 La surveillance du post-partum immédiat

A la question, est-ce que les sages-femmes surveillent seules le post-partum immédiat de leurs patientes ? , les réponses sont les suivantes :

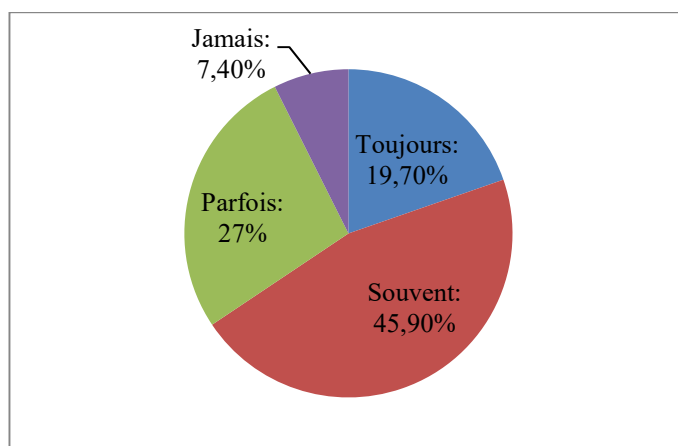


Figure 8 - Surveillance du post-partum immédiat par les sages-femmes (n=122)

80,3% soit 98 sages-femmes ne surveillent pas seule le post-partum immédiat.

Les sages-femmes ne surveillant pas seules le post-partum immédiat devaient citer le ou les professionnels qui exercent cette surveillance à leur place. Les résultats obtenus sont présentés dans le graphique ci-dessous :

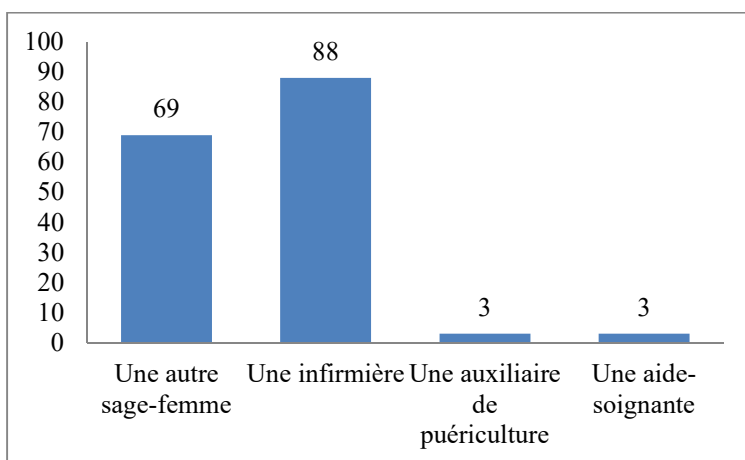


Figure 9 – Délégation de la surveillance du post-partum immédiat (n=116)

Cette question a reçu 116 réponses car 18 sages-femmes qui avaient déclaré à la question précédente toujours faire la surveillance du post-partum immédiat elles-mêmes ont tout de même cité un ou plusieurs professionnels assurant cette surveillance à leur place, 6 ont cité l’infirmière, 1 a cité l’auxiliaire de puériculture. Les 11 autres ont cité une autre sage-femme ou l’ESF.

21 sages-femmes soit 18,1% de l’effectif n’a cité que le professionnel compétent pour la surveillance du post-partum immédiat, c’est-à-dire « une autre sage-femme ». Parmi les 95 sages-femmes ayant répondu un professionnel ne pouvant pas effectuer cette surveillance, elles sont 92 à n’avoir cité qu’un seul professionnel erroné et 3 à en avoir cité 2.

Il est à noter que 24 sages-femmes ont cité l’étudiant sage-femme en ajoutant parfois des commentaires tels que : « étudiant SF un peu expérimenté », « étudiante sage-femme après avoir évalué ses compétences, qui se réfère à une sage-femme en cas de doute », « étudiant sage-femme sous ma responsabilité ». 2 sages-femmes n’ont cité aucun professionnel mais ont tout de même cité l’étudiant sage-femme.

Parmi les 116 sages-femmes déléguant cet acte, 101 ont donné une raison en répondant à la question suivante.

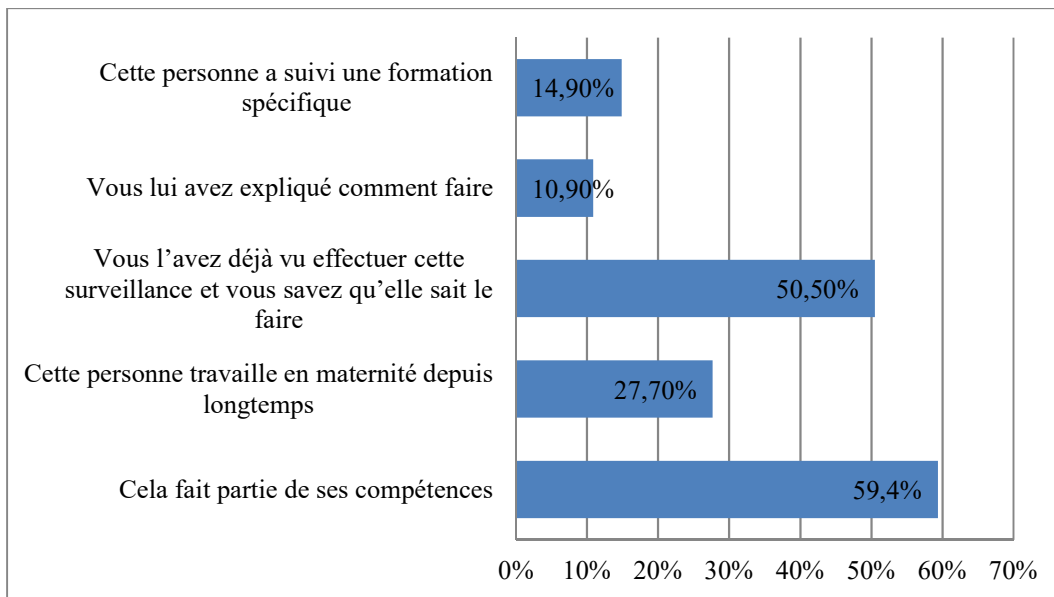


Figure 10 – Raisons qui permettent aux sages-femmes de déléguer la surveillance du post-partum immédiat (n=101)

Les raisons « habitude de service », « manque de temps » et « protocole de service » ont été données une fois chacune. « L'encadrement des ESF » a été mentionné 3 fois.

3.2.4 L'ablation du cathéter de péridurale

Selon les sages-femmes, le ou les professionnels pouvant procéder à l'ablation du cathéter de péridurale sont :

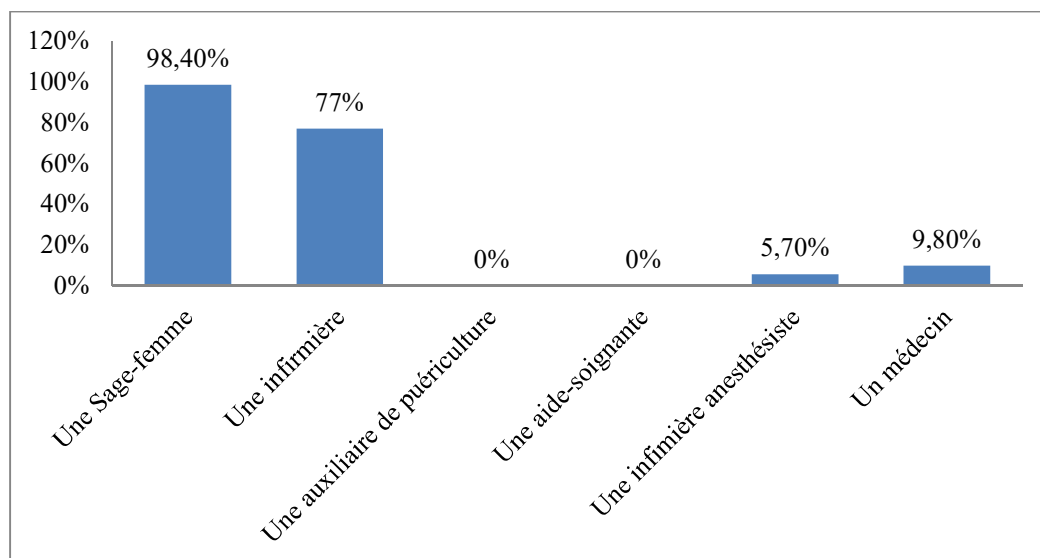


Figure 11- Professionnel pouvant pratiquer l'ablation du cathéter de péridurale (n=122)

21 sages-femmes sur les 122 réponses soit 17,2% ont répondu correctement en citant seulement les professionnels qui ont cette compétence.

3.2.5 Glycémie capillaire chez un nouveau-né

29,5% des sages-femmes n'ont pas cité tous les professionnels ayant la compétence de pratiquer une glycémie capillaire chez un nouveau-né. 4,1% des sages-femmes ont répondu l'auxiliaire de puériculture.

99,2% des sages-femmes ont répondu qu'elles pouvaient pratiquer les glycémies capillaires chez un nouveau-né (une sage-femme n'a pas coché la case « sage-femme », seulement la case « infirmière »).

L'infirmière puéricultrice a été cochée à 87,7%.

L'infirmière a été sélectionnée à 85,2%.

Le pédiatre a été cité 3 fois et l'étudiante sage-femme une fois.

3.2.6 Examen clinique des patientes en suites de couches

Le nombre de réponses pris en compte est de 121 car une sage-femme a signalé ne pas avoir fait de suites de couche dans l'année écoulée.

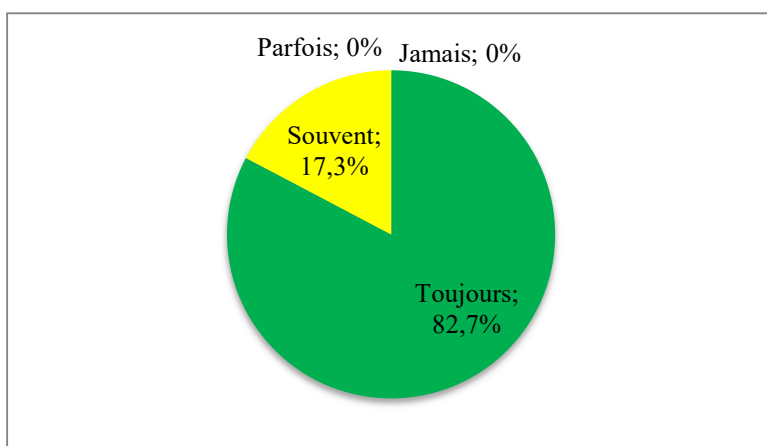


Figure 12 – Pratique de l'examen clinique par la sage-femme en suite de couche (n=121)

17,3% soit 21 sages-femmes interrogées déclarent ne pas pratiquer l'examen clinique des accouchées elle-même à chaque fois.

La question suivante avait pour but de connaître le ou les professionnels à qui les sages-femmes confient l'examen de leurs patientes. 39 sages-femmes ont répondu à cette question, c'est-à-dire que 17 sages-femmes ayant répondu « toujours » précédemment, ont tout de même cité un autre professionnel pratiquant l'examen clinique à leur place.

Sur les 39 sages-femmes qui ont répondu à la question, 17 d'entre elles le confie à une infirmière, 2 à une aide-soignante. 24 ont cité l'étudiante sage-femme, 3 le médecin ou l'interne.

Sur les 17 sages-femmes qui ont déclaré pratiquer l'examen clinique de leur patiente elles-mêmes à la question précédente, 10 ont cité l'infirmière, 9 l'étudiante sage-femme, 3 le médecin et 1 l'aide-soignante.

3.2.7 Raisons qui amènent les sages-femmes à déléguer

Les sages-femmes ont été invitées à exposer les raisons qui les amenaient à déléguer un geste ou un acte à un autre professionnel de santé. Toutes ont répondu (n=122) mais 2 sont non exploitables car non compréhensibles : « *Présence de la sage femme pour Aide en salle de naissance. Service confié aux infirmières* », « *Pb info la rep est tjs* ».

Elles ont décrit les situations ci-dessus :

- Surcharge de travail/ Administratif trop important / Manque de temps (n= 83, 69,2%%)
- Habitude de service / Protocole de service / Organisation du service (n= 20, 16,7%)
- Formation / encadrement ESF (n=17, 14,2%)
- C'est dans leur compétence (n=8, 6,7%)
- Urgence (n =6, 5%)
- La confiance (n=4, 3,3%)
- Travail en collaboration (n=3, 2,5%)

7 sages-femmes (5,7%) déclarent essayer de ne jamais déléguer ou ne jamais déléguer.

3.2.8 Test de Guthrie par une auxiliaire de puériculture

La première question portait sur les risques auxquels s'expose une auxiliaire de puériculture effectuant un test de Guthrie chez un nouveau-né.

61,5% des sages-femmes ont répondu que l'auxiliaire risquait des sanctions au niveau disciplinaire et 51,6% qu'elle pouvait engager sa responsabilité pénale. Au contraire, 5% et 3,3% des sages-femmes pensent que l'auxiliaire ne risque rien respectivement soit parce que la sage-femme était présente à ses côtés, soit parce c'est une organisation du service.

19,7% ont répondu « Ne sait pas ».

Au total, 48 sages-femmes soit 39% de l'échantillon ont sélectionné les deux bonnes réponses.

La seconde question interrogeait les sages-femmes sur la connaissance de leur propre risque lorsque l'auxiliaire de leur service effectue un test de Guthrie.

Les réponses des sages-femmes sont

- La sage-femme ne risque rien car c'est une organisation du service : 1,6%
- La sage-femme ne risque rien car elle surveille et encadre les soins effectués par l'auxiliaire : 2,5%
- La sage-femme ne risque rien car elle n'est pas responsable des actes effectués par l'auxiliaire : 8,2%
- L'engagement de sa responsabilité pénale : 58,2%
- Des sanctions au niveau disciplinaire : 50,8%
- Ne sait pas : 18,9%

38,5% soit 47 sages-femmes sur l'échantillon ont coché l'ensemble des bonnes réponses.

3.3 Les vignettes cliniques

➤ Vignette clinique n°1

Le cas présentait une consultation pour menace d'accouchement prématuré et la mise en place d'un traitement après avis téléphonique du médecin. Les sages-femmes devaient cocher les propositions qui selon elles correspondaient au risque encouru après plainte de la patiente.

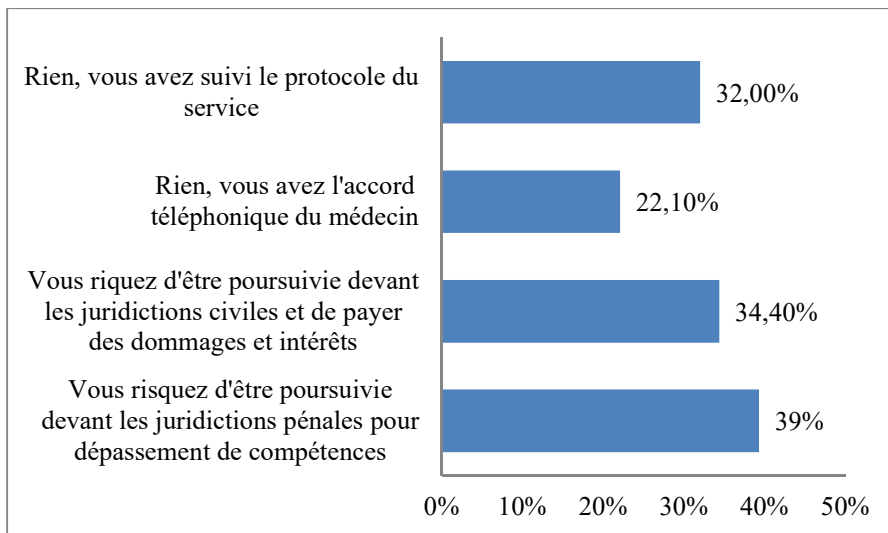


Figure 13 – réponses des sages-femmes à la vignette clinique n°1 (n=122)

La bonne réponse est : vous risquez d'être poursuivie devant les juridictions pénales pour dépassement de compétences, seulement 28 sages-femmes soit 23% ont coché exclusivement cette réponse.

➤ Vignette clinique n°2

Une patiente porte plainte pour défaut d'information après une césarienne pour échec du déclenchement. Selon les sages-femmes interrogées le ou les risques sont :

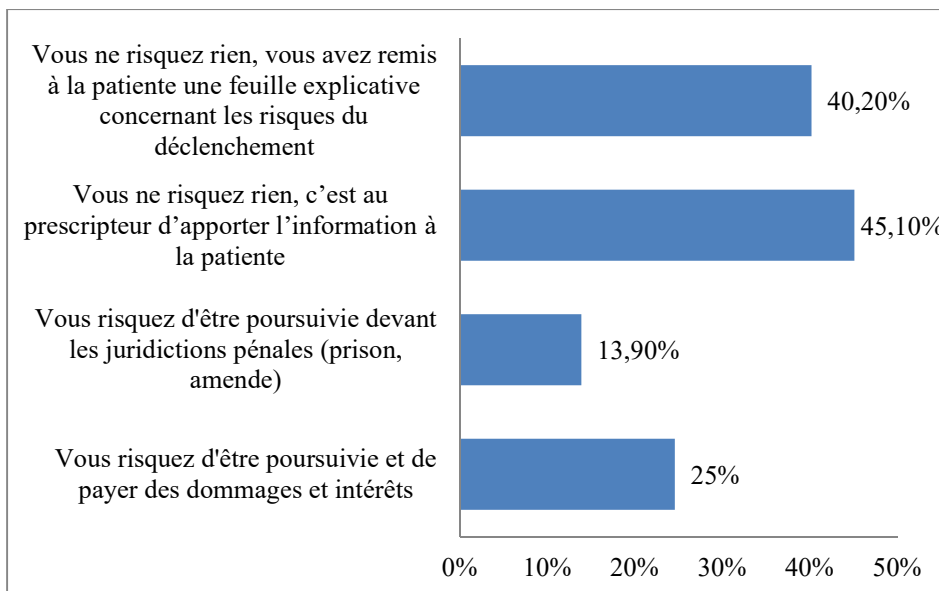


Figure 14 – Réponses des sages-femmes à la vignette clinique n°2 (n=122)

La bonne réponse est : vous ne risquez rien, c'est au prescripteur d'apporter l'information à la patiente, 35 sages-femmes soit 29% ont coché exclusivement cette réponse.

➤ Vignette clinique n°3

Après plusieurs heures d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, la sage-femme prévient l'obstétricien. Les parents portent plainte en raison de l'état du nouveau-né à la naissance. Le risque pris par la sage-femme dans ce cas est selon l'échantillon interrogé :

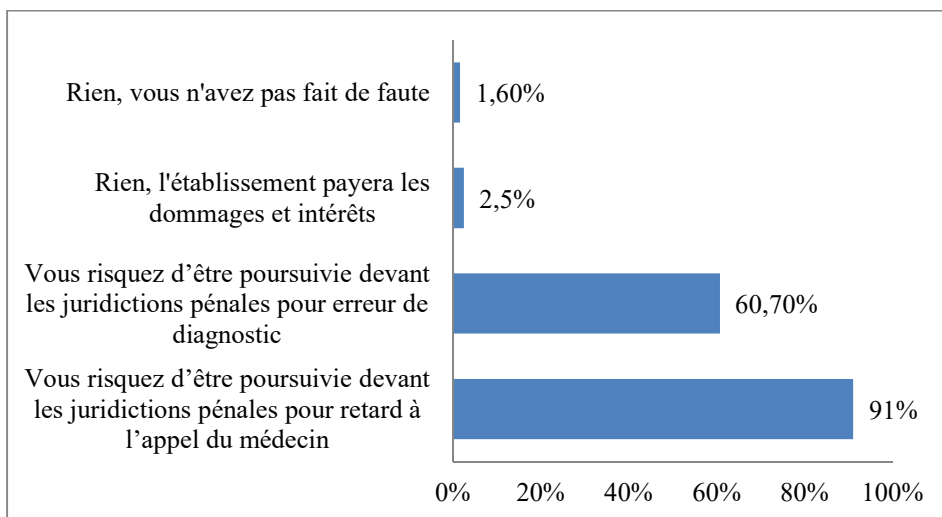


Figure 15 – Réponses des sages-femmes à la vignette clinique n°3 (n=122)

La bonne réponse est : vous risquez d'être poursuivie devant les juridictions pénales pour retard à l'appel du médecin, 44 sages-femmes soit 36% ont coché seulement cette réponse.

➤ Vignette clinique n°4

Lors d'un accouchement, la sage-femme réalise les manœuvres de réduction de la dystocie des épaules avant de prévenir l'obstétricien. Le nouveau-né souffrant de paralysie d'un bras, les parents portent plainte.

Les réponses données pour décrire le risque encouru par la sage-femme sont :

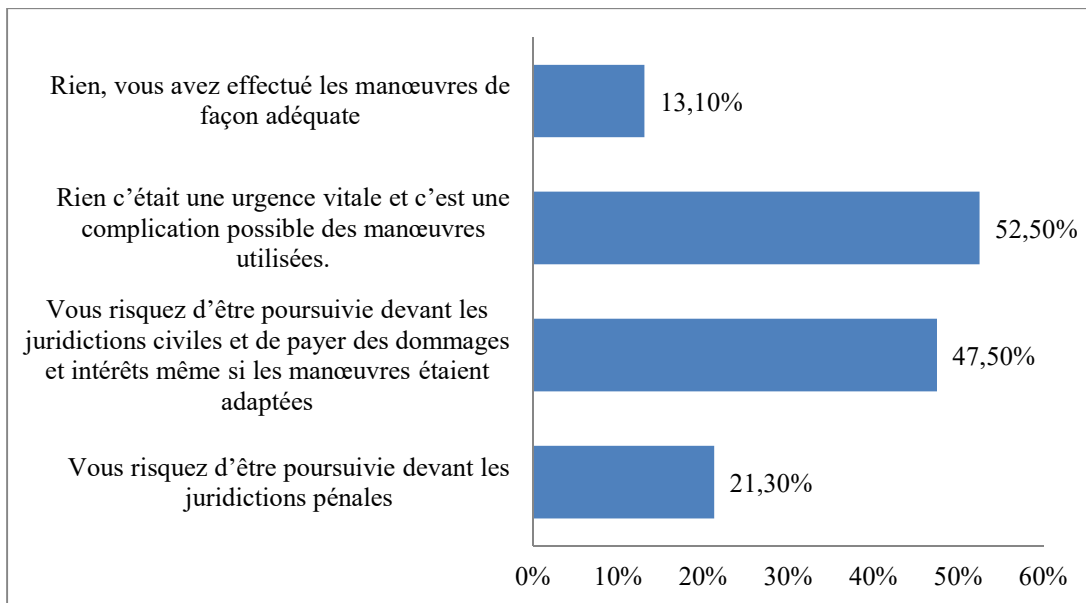


Figure 16 – Réponses des sages-femmes à la vignette clinique n°4 (n=122)

La réponse est : vous risquez d'être poursuivie devant les juridictions pénales, seulement 6 sages-femmes soit 5% de l'échantillon a répondu correctement.

20 sages-femmes soit 16,4% ont coché l'engagement de la responsabilité civile et de la responsabilité pénale.

➤ Vignette clinique n°5

Ce dernier cas questionnait les sages-femmes sur les risques juridiques encourus si elles pratiquent une ventouse lors d'un accouchement dystocique.

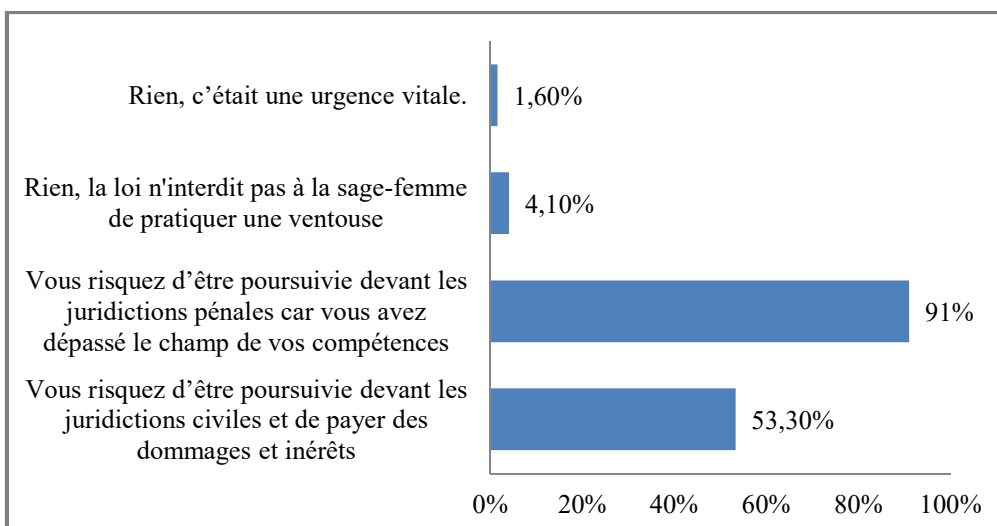


Figure 17 – Réponses des sages-femmes à la vignette clinique n°4 (n=122)

La bonne réponse est : vous risquez d'être poursuivie devant les juridictions pénales car vous avez dépassé le champ de vos compétences, 51 sages-femmes soit 41,8% de l'échantillon ont coché cette solution.

60 sages-femmes ont coché l'engagement de leurs responsabilités pénale et civile.

3.4 Encadrement du champ de compétence

3.4.1 Encadrement du champ de compétence des sages-femmes

Pour cette question, les sages-femmes devaient cocher les réponses correspondant aux textes juridiques encadrant le champ de compétences des sages-femmes. Leurs réponses se répartissent comme présenté ci-dessous :

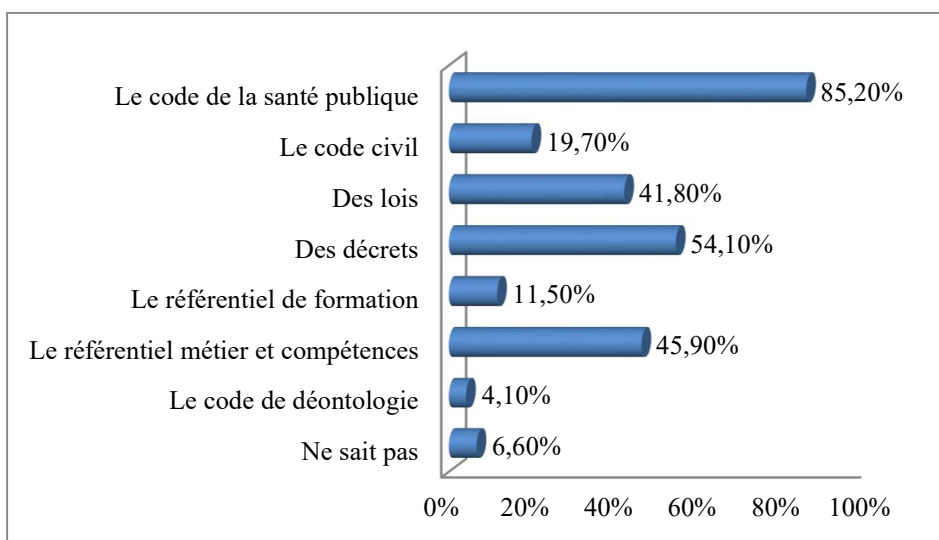


Figure 18 - Réponses à la question : "quels textes juridiques encadrent le champ de compétences des sages-femmes (n=122)

Le champ de compétences des sages-femmes est encadré par le Code de la Santé Publique, celui-ci contient des lois, des décrets. Le Code de déontologie de la profession de sage-femme est aussi une réponse exacte. 9 sages-femmes soit 7,3% de l'échantillon ont coché les trois solutions justes proposées. 4 sages-femmes ont cité seulement le Code de déontologie des sages-femmes.

3.4.2 Encadrement du champ de compétences des infirmières

La question suivante concernait le champ de compétences de la profession d'infirmière, les réponses ont été les suivantes :

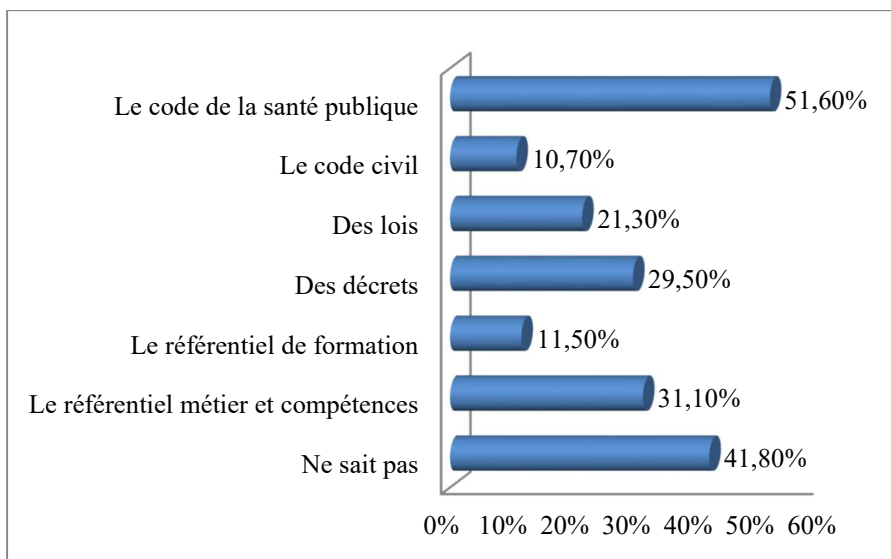


Figure 19 - Réponses à la question : "quels textes juridiques encadrent le champ de compétences des infirmières (n=122)

5 sages-femmes soit 4 % ont cochés les bonnes réponses. 51 sages-femmes ont répondu « ne sait pas » à la question ce qui représente 41,8% de notre échantillon.

3.4.3 Encadrement du champ de compétences des auxiliaires de puériculture et des aides-soignantes.

La troisième question concernait le champ de compétences des auxiliaires de puériculture et des aides-soignantes.

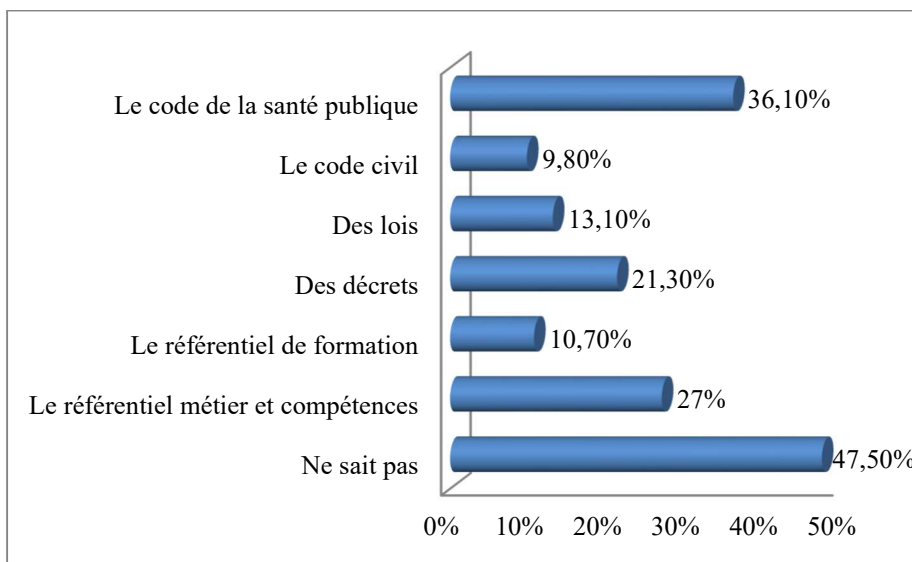


Figure 20 - Réponses à la question : "quels textes juridiques encadrent le champ de compétences des auxiliaires de puériculture et des aides-soignantes (n=122)

Ces professions sont encadrées par leur référentiel de formation ainsi que par leur référentiel métier et compétences respectif. 4 sages-femmes parmi celles interrogées ont bien répondu soit 3,2%.

47,5% des sages-femmes ont répondu « Ne sait pas ».

4. Discussion et propositions

4.1 Forces, limites et biais de l'étude

Le taux de réponses reçues est une force de notre étude car le taux de réponses attendu d'un questionnaire est en général plus faible. Même si, la réponse des cadres en maternité a été une limite à sa réalisation, en effet sans leur accord aucun questionnaire n'a été transmis à l'équipe de sages-femmes.

Le nombre différent de maternité de chaque type peut être un biais dans l'analyse des résultats recueillis car dans ces lieux l'activité, la composition de l'équipe, l'organisation des soins et les habitudes de services diffèrent. Le choix des maternités parmi celles que nous connaissions et non pas par hasard peut être un biais de sélection pouvant orienter les résultats dans le sens de nos hypothèses car ce sont des lieux où nous avons pu constater l'existence d'une délégation en dehors des règles légales. De plus le choix de ces maternités et leur nombre restreint n'a pas amené à un échantillon représentatif de la population des sages-femmes d'île de France par exemple.

Il a paru important de se poser la question si les sages-femmes ayant répondu à l'enquête ne sont pas celles intéressées par le sujet et prêtant une attention particulière à leur pratique en termes de délégation envers les autres professionnels de leur équipe.

4.2. Discussion

4.2.1 Première hypothèse

La première hypothèse proposée était : « les sages-femmes délèguent des actes car elles ne connaissent pas suffisamment le champ de compétences des professionnels avec qui elles travaillent. » Le questionnaire tentait de démontrer cette hypothèse en interrogeant les sages-femmes sur les compétences des infirmières, des auxiliaires de puériculture et des

aides-soignantes. Les questions portaient l'existence d'une délégation concernant des actes quotidiens dans les services de maternité.

Tout d'abord, les sages-femmes ont été interrogées sur la pose du monitoring, 29% d'entre-elles ont déclaré que l'infirmière était le professionnel qui le posait à leur place ce qui représente presque un tiers de notre échantillon. La pose du monitoring est une compétence de la sage-femme ou de l'obstétricien. En effet, elle doit être faite par un professionnel étant capable de discerner le battement du cœur fœtal du pouls maternel et ayant la compétence d'analyser le tracé du rythme cardiaque fœtal immédiatement afin de pouvoir agir aussitôt si nécessaire. Le professionnel doit pouvoir déceler une anomalie instantanément afin de ne pas entraîner de retard dans la prise en charge et d'aggravation d'une possible anoxie fœtale pouvant entraîner des séquelles cérébrales. En 2004, la cour d'appel de Rennes a condamné une sage-femme qui avait délégué la pose du monitoring à une Etudiante Sage-Femme (ESF) en début de formation. La cour a déclaré que la sage-femme avait fait preuve de négligence et de manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements en ne procédant pas elle-même à l'examen d'une patiente s'étant présentée devant elle. De plus, dans ce cas, la sage-femme a déclaré que les habitudes de service faisaient que les ESF accueillaient les patientes et posaient les monitorings, ce que le tribunal a considéré comme « *une pratique, contraire à tous les règlements* ». (90) En effet, la sage-femme a une obligation de moyen envers ses patientes et les soins doivent être consciencieux et attentifs, de surcroît apportés par un personnel formé. Même si cette jurisprudence concerne une ESF, elle peut être extrapolée à tout professionnel ne possédant pas les compétences pour poser le monitoring car le principe est le même. Cet acte fait partie de la surveillance du bien être fœtal au cours de la grossesse et celle-ci n'est pas inscrite dans les décrets de compétence de la profession d'infirmière.

Les sages-femmes ont ensuite été questionnées à propos de la surveillance du Post-Partum Immédiat (PPI) et de la pratique de l'examen clinique d'une accouchée. 75,9% des sages-femmes déclarent confier la surveillance du PPI à une infirmière et 17 sages-femmes sur les 39 ayant répondu à la question, soit un peu moins de la moitié, disent qu'une infirmière pratique l'examen clinique des accouchées dans leur service de suite de couches. De plus, parmi elles, 10 sages-femmes avaient déclaré pratiquer l'examen clinique elle-même, cela montre que même si ces sages-femmes ne délèguent pas cet acte, elles pensent que la surveillance d'une accouchée peut être effectuée par l'IDE. Dans les textes ces deux

actes ne peuvent être effectués que par une sage-femme ou un médecin. Le post-partum immédiat est la période après l'accouchement où le risque hémorragique est le plus important. L'examen clinique fait à intervalles réguliers permet de surveiller les constantes de la patiente, la tonicité de l'utérus et la quantité des saignements afin de diagnostiquer le plus précocement possible l'hémorragie de la délivrance. C'est cette prise en charge précoce qui permet un meilleur pronostic. Il est donc primordial que cette surveillance soit faite par un professionnel ayant la formation et la compétence attestée par l'obtention d'un diplôme. Les infirmières ne sont pas formées pour poser ce diagnostic, cela pourrait mettre en jeu la qualité et la sécurité des soins. En cas de plainte concernant cette surveillance, la sage-femme en charge de la patiente sera tenue pour responsable d'avoir laissé cette surveillance à un professionnel non compétent. Ainsi, en 2012, la cour administrative d'appel de Versailles a reconnu la responsabilité de l'établissement hospitalier dans le cadre d'une surveillance obstétricale faite par une infirmière alors qu'elle aurait dû être faite par une sage-femme (91). De plus, 15% des sages-femmes interrogées ont répondu qu'elles déléguaient la surveillance du PPI car le professionnel en question avait suivi une formation spécifique. Et parmi l'échantillon, 15 sages-femmes ont déclaré que selon elles, lorsqu'un professionnel suit une formation cela lui permet d'ajouter des compétences à son diplôme. Aussi, il est à noter que 50% des sages-femmes ont répondu qu'après avoir vu le professionnel effectuer la surveillance, et estimé que celle-ci était bien faite, alors le professionnel acquiert les compétences pour cet acte. Or les professionnels de santé ne peuvent acquérir leurs compétences que par l'obtention de leur diplôme. Ils peuvent suivre des formations comme dans le cadre du développement professionnel continu obligatoire mais celles-ci entrent dans le cadre réglementaire de chaque profession c'est à dire dans le respect de leur champ de compétence. La légitimité de pratiquer un acte est obtenue par le diplôme et non par une formation, une explication ou une observation, il permet d'acquérir le droit reconnu de le faire. Cette réponse montre que les sages-femmes ne savent pas que seul leur diplôme, qui leur donne le droit d'exercer en tant que sage-femme, leur permet d'acquérir la compétence de surveiller le post-partum immédiat d'une accouchée.

L'une des questions portait sur les professionnels ayant la compétence de retirer le cathéter de péridurale, les réponses exactes étaient la sage-femme et le médecin. 98,4% des sages-femmes savent que ce geste est dans les compétences de leur profession, 77% ont répondu que l'infirmière pouvait effectuer ce geste. Une sage-femme a répondu l'infirmière

de bloc opératoire et 7 sages-femmes ont cité l'infirmière anesthésiste. En 2001, l'Académie nationale de Médecine a fait connaître son avis selon lequel l'ablation des cathéters périduraux peut être effectuée par l'IDE *sous la responsabilité du médecin*. Il semble donc que l'interprétation qui est faite des textes aille dans le sens de la compétence des infirmiers pour réaliser le retrait du cathéter dès lors que l'anesthésiste est en mesure d'intervenir à tout moment. Cependant, il ne s'agit que d'interprétations par des instances professionnelles : elles n'ont pas de force légale ou réglementaire. Dans les textes, l'IDE peut seulement réinjecter dans le cathéter de péridurale lors de l'anesthésie. En effet l'article R 4311-9 dit que : « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment : Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ; [...]* Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ». Le texte ne cite donc pas les cathéters périduraux comme faisant partie de ceux dont l'IDE peut procéder à l'ablation. Les actes relevant de la compétence des IDE sont listés dans les décrets de compétences relatifs à la profession, la liste est limitative c'est-à-dire qu'un infirmier ne peut pratiquer un acte en dehors de celle-ci. Aucune jurisprudence n'a aujourd'hui encore été émise par un tribunal.

En ce qui concerne, la pratique de la délivrance dirigée 67,2% des sages-femmes ont répondu que l'infirmière l'effectuait lors de l'accouchement. Pour les 32,8% restant, la question ne permet pas de savoir si les sages-femmes savent que l'IDE peut pratiquer cet acte car elle portait sur le professionnel qui effectue l'acte dans la pratique quotidienne des sages-femmes, or il n'y a pas d'infirmière dans toutes les maternités interrogées. En effet, la moitié des sages-femmes qui n'ont pas sélectionné l'IDE ont répondu une autre sage-femme et l'autre moitié l'auxiliaire de puériculture. Dans les textes, l'injection de médicament dans une perfusion fait partie des compétences de l'infirmière.

Pour les glycémies capillaires faites aux nouveau-nés, la question portait sur les professionnels pouvant pratiquer l'acte en règle générale, 30% des sages-femmes n'ont pas cochés les bonnes réponses c'est-à-dire la sage-femme, l'infirmière et l'infirmière puéricultrice (IPDE). Trois sages-femmes n'ont pas cité l'infirmière ou l'infirmière puéricultrice or elles ont toutes les deux les compétences pour pratiquer les prélèvements

sanguins au nouveau-né. En effet, les soins aux nouveau-nés doivent être réalisés en priorité par une infirmière puéricultrice mais ils peuvent l'être aussi par une infirmière non spécialisée car ces compétences ne sont pas exclusives. Ce chiffre montre une lacune dans les connaissances des sages-femmes concernant la réalisation de l'acte. Il y a même une sage-femme qui n'a pas répondu qu'elle avait les compétences pour effectuer cet acte, cela voudrait dire que cette sage-femme pense qu'elle ne peut pas pratiquer les glycémies capillaires et donc qu'elle ne connaît pas son propre champ de compétence.

Les réponses apportées par les sages-femmes montrent que la connaissance du champ de compétences des infirmières est assez aléatoire et ne concerne que certains actes comme la pratique des glycémies capillaires ou l'injection de la délivrance dirigée qui est laissée aux IDE en majorité. Dans l'ensemble, les sages-femmes considèrent que les infirmières ont les mêmes compétences qu'elles en ce qui concernent la surveillance et l'examen clinique des accouchées car elles sont respectivement les trois quart et la moitié à les déléguer. Plus précisément, 95% des sages-femmes soit 116 d'entre elles ont déclaré déléguer à l'infirmière une ou plusieurs tâches qui ne font pas partie de leurs compétences. Parmi les actes proposés, 84 sages-femmes sur les 116, délèguent à l'infirmière deux actes ou plus n'entrant pas dans le champ de compétence de cette dernière, ce qui représente 72% de l'effectif.

Ainsi, les sages-femmes délèguent aux infirmières des actes qu'elles ne peuvent pas légalement effectuer par manque de connaissances de leur champ d'exercice. Cette méconnaissance concerne aussi les textes qui encadrent le champ de compétence de la profession d'infirmière. 4 % soit 5 sages-femmes seulement ont donné les réponses exactes c'est-à-dire le code de santé publique et les décrets d'actes qu'il contient.

En ce qui concerne l'auxiliaire de puériculture, aucune sage-femme n'a déclaré déléguer à l'auxiliaire de puériculture l'ablation du cathéter de péridurale, ce qui est conforme aux textes en vigueur. De même, aucune d'entre-elles ne confie l'examen d'une accouchée à une AP. Cependant, 14,5% des sages-femmes ont déclaré qu'elle était le professionnel qui posait le monitoring aux patientes et 2,6% lui confient la surveillance du PPI, ce qui pose le même problème que pour les IDE en termes d'efficacité et de sécurité.

29,4% des sages-femmes lui permettent de pratiquer la délivrance dirigée. Cette injection d'ocytocine doit se faire au dégagement de l'épaule antérieure du nouveau-né afin de permettre de faciliter la délivrance. Les AP ne sont pas formées pour préparer ou administrer des médicaments par voie intraveineuse, en effet les techniques de préparation

des seringues dans les règles d'asepsie ou d'injection dans les règles de sécurité ne sont pas enseignés à l'école d'AP alors qu'elles le sont à l'école d'infirmière. Le risque d'une seringue mal préparée ou d'une administration trop précoce peut compliquer l'accouchement et mettre en danger la mère comme le fœtus. Il ne faut pas confondre avec la possibilité qu'ont les AS d'aider les personnes ne disposant pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin. Dans ce cas l'aide à la prise du traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. Il est question de traitement que le patient pourrait habituellement prendre seul par voie orale cela ne s'applique pas à la préparation ou l'administration d'un traitement par voie injectable. Les sages-femmes sont 4,1% à penser que l'AP peut pratiquer des glycémies capillaires sur les nouveau-nés. De plus, il s'avère que certaines sages-femmes considèrent que l'organisation de leur service les protège car 3% d'entre elle ont répondu que l'AP et la sage-femme ne risquent rien si l'AP effectue le Dextro. Cependant, certes l'établissement prendra en charge les dommages et intérêts, mais les sages-femmes risquent l'engagement de leur responsabilité pénale, et dans ce cas, l'organisation du service ne les protégera pas. En 2004, la Cour de Cassation a condamné une clinique à payer des dommages et intérêts sur le motif qu'un nouveau-né a été victime d'une infection nosocomiale après la pratique d'un guthrie par une aide-soignante. La cour a déclaré que la faute de la clinique est démontrée par le fait d'avoir laissé une AS pratiquer un acte qui n'entre pas dans sa compétence professionnelle. Pour se défendre la clinique a déclaré que l'AS était sous la surveillance d'une sage-femme ce qui n'a rien changé à la décision de la Cour car seule la loi ou le règlement peut définir le champ de compétence d'un professionnel.(92) Le fait que l'AS pratiquait régulièrement les tests de guthrie dans ce service ne compte pas car son diplôme ne lui permet pas de les effectuer, de plus l'habitude crée le délit d'exercice illégal de la profession de sage-femme. Ses actes constituaient une faute qui a conduit à l'engagement de la responsabilité de la clinique et aurait aussi pu engager sa responsabilité pénale personnelle. Cette jurisprudence serait aussi applicable au cas où une AP pratiquerait le guthrie ou une glycémie capillaire car comme pour l'AS, les prélèvements sanguins ne font pas partie de ses compétences. Au total, 32% des sages-femmes soit un tiers de l'échantillon délègue à l'AP des actes en dehors de son champ de compétence.

La dernière profession à propos de laquelle les sages-femmes étaient interrogées est celle d'aide-soignante, aucune sage-femme n'a déclaré déléguer à l'aide-soignante l'ablation

du cathéter de péridurale, ce qui est conforme aux textes en vigueur. De même, aucune d'entre-elles ne confie la pratique de la glycémie capillaire à une aide-soignante. Cependant, 9,7% des sages-femmes laisse l'AS poser le monitoring aux patientes, 13,44% de notre échantillon déclare que l'AS pratique la délivrance dirigée, et 2,6% lui confient la surveillance du PPI ce qui recoupe ce qui a été dit précédemment. En plus, 2 sages-femmes confient l'examen clinique d'une accouchée à une aide-soignante, or le raisonnement clinique nécessaire à la réalisation de cet examen ne fait pas partie des notions abordées durant la formation. Ces actes ne sont pas inclus dans les référentiels qui encadrent la profession. Une sage-femme a même déclaré ne pas déléguer cet acte mais que l'AS pouvait l'effectuer, ce qui montre une réelle méconnaissance des compétences de la profession. Les chiffres sont faibles mais montrent tout de même que cette délégation existe ce qui n'est pas sans risque. En effet, en 1999, un enfant de 19 mois hospitalisé pour bronchiolite est décédé, il s'est avéré que sa surveillance avait été confiée à l'aide-soignante de garde cette nuit-là. L'organisation du service se faisait de cette manière depuis au moins 10 ans. L'enquête effectuée a mis en cause toute la chaîne de hiérarchie du chef de service à l'aide-soignante, en passant par la cadre du service, le médecin de garde et les infirmières présentes cette nuit-là. Une plainte pour homicide involontaire a été déposée, l'expert a déclaré que l'aide-soignante a dépassé sa mission et que le glissement de tâche entre les infirmières et l'aide-soignante constituait un défaut de surveillance de ces dernières. Le tribunal correctionnel a reconnu coupable l'aide-soignante d'homicide involontaire, de mise en danger de la vie d'autrui et d'exercice illégale de la profession d'infirmière. Les infirmières et la cadre ont aussi été reconnus coupables d'homicide involontaire, de mise en danger de la vie d'autrui et de complicité d'exercice illégale de la profession d'IDE. Elles ont toutes les quatre été condamnées à des peines de prison et au versement d'une amende.(93) Cette décision de justice rappelle les conséquences possibles de la délégation aussi bien en termes de sécurité pour les patients qu'en termes de responsabilité pour les soignants.

La surcharge de travail est l'une des raisons qui a été le plus citée pour « justifier » la délégation par les sages-femmes interrogées. Les professions médicales et paramédicales doivent faire preuve d'une obligation de moyen dans les soins apportés aux patients. Il peut de ce fait arriver que l'infirmier, comme la sage-femme, en cas de circonstances exceptionnelles dépasse ses compétences ou possibilités mais cela doit être exceptionnel et ne pas devenir une habitude ou un mode d'organisation du service.

Lorsque nous avons demandé aux sages-femmes quels étaient les textes qui encadraient ces deux professions, seules 4 sages-femmes ont correctement répondu en sélectionnant le référentiel de formation et le référentiel métier et compétence. 47, 5% ont répondu « ne sait pas » ce qui signifie qu'elles n'ont jamais eu connaissance des textes qui citent les compétences de ces professionnels. L'encadrement par les textes légaux n'est pas du tout une notion acquise par les sages-femmes quel que soit leurs années d'expériences.

Aucune sage-femme n'a répondu correctement concernant l'encadrement juridique des trois professions. La délégation qui existe envers ces professionnels montre que les sages-femmes ont une faible connaissance de l'étendue de leur champ de compétences. Ainsi, parmi les sages-femmes interrogées, seulement 6 sur 122 ont déclaré ne déléguer aucun acte en dehors de la compétence de l'infirmière, cependant, ces 6 SF ont toutes déclaré déléguer des actes en dehors du champ de compétences des AS ou des AP. De plus, 18% des sages-femmes ont déclaré déléguer aux aides-soignantes des actes n'entrant pas dans leur champ de compétences, pour les AP, cela concerne 32% des sages-femmes. Au total, aucune SF ne connaît le champ de compétence de l'infirmière, de l'auxiliaire de puériculture et de l'aide-soignante en même temps. Les raisons évoquées par les sages-femmes pour justifier la délégation sont entre autres, les habitudes de service, la confiance, le travail en collaboration mais le fait qu'elles pensent que l'acte appartient au champ de compétence du professionnel en question et le manque de connaissance des textes sont aussi à l'origine de cette délégation. Ces constatations nous permettent d'affirmer notre première hypothèse.

4.2.2 Deuxième hypothèse

La deuxième hypothèse proposée était la suivante : les sages-femmes ne sont pas suffisamment informées sur les différents types de responsabilités juridiques de leur profession en cas de plainte. Les sages-femmes ont été interrogées sur leurs connaissances concernant les différentes responsabilités juridiques qui pouvaient être engagées grâce à des vignettes cliniques qui présentaient des situations concrètes. Les propositions de réponses ont été prévues afin d'évaluer leurs connaissances sur les différents types de responsabilités et les conditions pour les engager.

Tout d'abord, les sages-femmes ont été interrogées par rapport à la conscience du risque juridique en ce qui concerne la pratique des glycémies capillaires. D'après les réponses recueillies, 5 sages-femmes ne savent pas que l'AP ne peut pas pratiquer les

glycémies capillaires. Parmi elles, 2 sages-femmes ont correctement répondu à la question concernant les risques juridiques pour elles-mêmes et pour l'AP ce qui pourrait démontrer que ces 2 sages-femmes ont quand même conscience que l'AP ne doit pas pratiquer les glycémies capillaires. Parmi les 117 sages-femmes qui savent que l'AP ne peut pas effectuer les glycémies capillaires, 70 soit 60% des sages-femmes ne savent pas quels risques elles encourent lorsqu'elle laisse un professionnel non compétent pratiquer un tel acte. Lorsque les sages-femmes ont été interrogées sur les professionnels pouvant pratiquer les glycémies capillaires l'une d'entre elle a déclaré qu'elle la pratiquait à la place de l'auxiliaire lorsque celle-ci ne voulait pas le faire et a précisé entre parenthèse que ce geste est hors de ses compétences. De même une sage-femme a déclaré que dans son service ce sont les AP qui pratiquent les glycémies capillaires aux nouveau-nés or dans les questions concernant la délégation de cet acte, cette sage-femme a correctement identifié les risques qu'elle encourait sur le plan juridique. Ces réponses démontrent que parfois les sages-femmes savent qu'un acte n'entre pas dans les compétences d'un professionnel et que donc elles prennent des risques médico-légaux, mais n'hésitent pas à le déléguer quand même.

Dans la première vignette clinique, la sage-femme met en place un traitement n'appartenant pas à son champ de prescription. 76,2% des sages-femmes interrogées soit 93 sages-femmes ne savent pas qu'elles peuvent voir leur responsabilité pénale engagée pour dépassement de compétences. Parmi ces sages-femmes, plus de la moitié a répondu qu'elles ne risquaient rien car elles avaient l'accord téléphonique du médecin ou que cela était prévu dans le protocole du service. Or, l'accord du médecin par téléphone n'est pas considéré comme une prescription, cela ne permet donc pas à la sage-femme de délivrer ce médicament. Selon l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, une prescription doit être rédigée après examen du malade hospitalisé sur une ordonnance lisible. Seule la télémédecine mise en place par la loi HPST autorise la prescription téléphonique dans certaines situations, entre autres, la prescription par un médecin du SAMU dans le cadre de la régulation médicale défini dans les recommandations de la HAS de 2009 (94) ou la télésurveillance médicale qui permet de recevoir et d'interpréter à distance des données. Le risque d'une prescription orale serait une administration d'un traitement qui n'est pas réellement nécessaire, ou inappropriée car toutes ses implications n'auraient pas été mesurées ou la consigne orale aurait été mal comprise. De plus, il est précisé dans l'arrêté

de prescription des médicaments, que la sage-femme peut prescrire la nifédipine et la nicardipine selon les protocoles en vigueur. Cependant, en préambule de cet arrêté, il est clairement inscrit que la sage-femme doit tenir compte du résumé des caractéristiques du produit et notamment des indications, cela signifie qu'elle ne peut pas prescrire hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) or la nifédipine et la nicardipine n'ont pas l'AMM pour la menace d'accouchement prématuré. Le protocole de service ne peut se substituer aux textes en vigueur et autoriser la sage-femme à dépasser son champ de prescription. Dans notre cas, 20% des sages-femmes ont répondu qu'elles pouvaient engager leurs responsabilités pénale et indemnitaire. 25% pensent qu'elles n'engagent que leur responsabilité civile. Lorsqu'un patient porte plainte afin de pouvoir percevoir une indemnisation pour le préjudice subi, c'est l'établissement dans lequel la sage-femme exerce qui règlera les dommages et intérêts. Parmi les 71 sages-femmes qui ont conscience qu'un risque existe dans cette situation, seulement 28 ont su quelle responsabilité était concernée. Cela montre, que les sages-femmes ne connaissent pas les mécanismes de mise en cause des différentes responsabilités.

Dans la seconde vignette clinique, la sage-femme initie un déclenchement sous prescription du médecin, la patiente porte plainte pour défaut d'information. 71% des sages-femmes interrogées n'ont pas sélectionné la bonne réponse. En effet, 30% des sages-femmes ont répondu qu'elles engageaient leur responsabilité civile et 13% qu'elles engageaient leur responsabilité pénale. Or le défaut d'information est une faute civile car aucun texte en droit pénal n'y fait référence. S'il y a une faute, avec un préjudice et un lien de causalité, le principe de protection des agents s'applique et donc ce ne sera pas à la sage-femme d'indemniser la victime. 35% des sages-femmes ont répondu qu'elles ne risquaient rien car elles avaient fourni à la patiente une feuille explicative. Le fait que la sage-femme donne à la patiente une feuille explicative ne dispense pas le médecin de son devoir d'information mais cela ne met pas en cause la sage-femme. En effet, l'article L 1111-2 du CSP dit que *« l'information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel »* (50). Dans cette situation c'est au prescripteur et donc au médecin d'apporter la preuve de l'information car la décision de déclenchement en raison d'une pathologie ou de convenance ne fait pas partie du champ de compétence de la sage-femme.

Dans cette situation la sage-femme n'engage donc pas sa responsabilité juridique car c'était au médecin d'apporter une information claire et complète à la patiente.

La troisième vignette clinique présente une situation dans laquelle la sage-femme prévient l'obstétricien avec retard ce qui provoque des conséquences sur le nouveau-né. 64% des sages-femmes n'ont pas répondu que cette situation pouvait mettre en jeu la responsabilité pénale de la sage-femme. Or, la sage-femme doit faire appel au médecin devant toute situation pathologique car elle sort de son champ d'action défini par la loi. Cette situation devant un tribunal débouche le plus souvent par la condamnation de la sage-femme car les textes de loi qui encadrent la profession sont très clairs sur l'attitude à adopter face à la pathologie : la sage-femme doit faire appel au médecin dès que la situation dans laquelle elle se trouve n'est plus physiologique. L'erreur de diagnostic a été cochée par 60% des sages-femmes, cependant ce terme signifie que dans cette situation n'importe quelle sage-femme aurait réagi de la même façon, par exemple devant un rythme difficilement interprétable. Or ici le rythme est manifestement pathologique et le fait que la sage-femme ne prévienne pas l'obstétricien en temps voulu est un manquement aux devoirs de sa profession ce qui constitue une faute et non une simple erreur. Deux sages-femmes ont répondu qu'elles ne risquaient rien car elles n'avaient pas fait de faute alors que le Code de déontologie des sages-femmes précise que celle-ci doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle. Cela montre que certaines sages-femmes en plus de ne pas savoir qu'elles ont l'obligation légale d'appeler le médecin en cas de pathologie, ne connaissent pas le contenu du code de déontologie de leur profession.

Dans la quatrième vignette clinique, la sage-femme réalise les manœuvres de résolution d'une dystocie des épaules sans appeler l'obstétricien au préalable. Comme dans la situation précédente, il y a un défaut d'appel au médecin ce qui peut engager la responsabilité pénale de la sage-femme en cas de plainte. 95% des sages-femmes n'ont pas coché la bonne réponse. En effet 46% des sages-femmes pensent qu'elles engagent leur responsabilité civile et qu'elles devront payer des dommages et intérêts, or ici s'applique le principe de protection du salarié et ce sera l'établissement qui indemniser la victime. Dans ce cas, la sage-femme risque l'engagement de sa responsabilité pénale, en effet face à une situation d'urgence vitale, elle peut réaliser les manœuvres de réduction de la dystocie des épaules enseignées lors des études de sages-femmes mais doit appeler ou faire appeler le médecin avant toute action. Puis, comme le précise le code de déontologie des sages-

femmes, 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. Parmi les réponses recueillies il s'avère que 47% des sages-femmes pensent que l'urgence justifie de ne pas appeler le médecin et ont répondu qu'elles ne risquaient rien. Or, la responsabilité pénale de la sage-femme pourra être engagée car le plus important est d'abord de prévenir le médecin. L'urgence justifie l'action seulement à partir du moment où le médecin a été prévenu et n'arrive pas en temps voulu.

Dans la dernière vignette, la sage-femme pratique un instrument elle-même au lieu d'appeler le médecin pour le faire, elle sort ainsi de son champ de compétence qui est la physiologie. Dans ce cas, elle risque d'engager sa responsabilité pénale, 58% des sages-femmes n'ont pas correctement répondu. En effet, sauf circonstances exceptionnelles, la sage-femme ne doit pas dépasser ses compétences ou ses possibilités. Ce qui légitime l'action de la sage-femme est le risque vital pour une personne or en droit, le fœtus n'est pas considéré comme une personne. De plus, l'utilisation de la ventouse n'est pas une manœuvre mais un instrument permettant l'extraction du fœtus. Cet acte n'est d'ailleurs pas enseigné à l'école. 49% des sages-femmes pensent que dans ce cas elles engagent leurs responsabilités pénale et civile en même temps. 5 sages-femmes pensent qu'elles peuvent pratiquer des ventouses, cela montre une méconnaissance des compétences même de la profession de sage-femme.

Aucune sage-femme interrogée n'a répondu correctement à l'ensemble des vignettes cliniques présentées. Elles sont 18 soit 14,7% à avoir répondu correctement à 3 vignettes ou plus, ce qui est un faible pourcentage. Les réponses apportées aux vignettes cliniques concernant les responsabilités civiles ou pénales montrent que les sages-femmes ne savent pas comment leurs actes peuvent engager l'une ou l'autre. La responsabilité civile a été sélectionnée en majorité dans chaque cas par rapport à la responsabilité pénale. Elles pensent donc qu'il est plus courant de devoir payer des dommages et intérêts que d'être condamnée à des peines de prison par exemple. En majorité, les sages-femmes interrogées ne savent pas que leur établissement payera les dommages et intérêts à la victime à leur place en cas de condamnation au tribunal administratif.

Cette constatation permet d'affirmer notre hypothèse selon laquelle les sages-femmes ne connaissent pas les responsabilités qui peuvent être engagées dans leur pratique quotidienne.

En analysant les résultats obtenus, il est apparu que l'étudiant sage-femme à souvent été cité comme délégataire au même titre que d'autres membres de l'équipe étant eux diplômés. 44% soit 54 sages-femmes ont cité l'ESF au moins une fois. Dans la majorité des cas, elles ont précisé que l'étudiant était de dernière année, qu'elles vérifiaient avant comme il travaillait. Cela montre que les sages-femmes sont plus vigilantes lorsqu'elles délèguent à un étudiant et qu'elles savent qu'elles sont responsables des agissements de l'étudiant car il travaille sous leur responsabilité. Cependant, les questions portaient sur « le professionnel à qui les sages-femmes délèguent », or il a été constaté que les sages-femmes ont tout de même cité l'ESF, cela laisse penser que les sages-femmes confondent la délégation à un professionnel diplômé avec l'encadrement des ESF.

4.3. Propositions

Les pistes d'amélioration que nous avons pu faire émerger résident dans la formation continue des sages-femmes ainsi que dans l'organisation de réunions d'information, de réflexion sur les procédures de soins de façon à éviter les dérives.

L'objectif de l'étude était d'étudier la délégation auprès des professionnels de santé, ainsi la délégation et l'encadrement des étudiants sages-femmes n'a pas du tout été évoqué ce qui serait également très intéressant à étudier. En effet, lorsque les sages-femmes délèguent des actes à un autre professionnel, elles le font sans forcément vérifier ce qui a été fait. Il ne serait pas improbable de penser que les sages-femmes se comportent de la même façon avec les ESF, rappelons que dans notre étude, l'ESF a été cité alors même qu'il était question de délégation à des professionnels.

Ce mémoire pourrait être une enquête préliminaire à une étude qui permettrait de savoir ce qu'il faudrait faire pour que la répartition des actes de soins suive de façon plus rigoureuse les textes réglementaires. L'étude consisterait à interroger les sages-femmes au cours d'entretiens individuels afin de déterminer ce dont elles ont besoin pour diminuer l'incidence de la délégation dans leur pratique, les coordinatrices pourraient-elles-aussi être questionnées afin de recueillir leur point de vue et ainsi obtenir des pistes pour modifier l'organisation des soins. L'étude serait répartie sur plusieurs centres choisis de façon aléatoire sur la région île de France afin d'augmenter la représentativité de l'enquête.

Il pourrait être pertinent de diffuser ce travail dans les maternités qui ont participé à l'étude afin que les sages-femmes aient un aperçu des réelles compétences des

professionnels avec lesquelles elles travaillent et de plus amples informations sur la responsabilité juridiques de leur profession. Il sera d'ailleurs transmis aux sages-femmes et aux cadres qui en ont fait la demande. Afin de sensibiliser la population de sages-femmes le plus tôt possible, ces problématiques pourraient être abordées de façon plus approfondie à l'école de sages-femmes. Sans pour autant que la notion de risque juridique freine les étudiants dans leur pratique clinique, il parait important au vu des résultats de cette étude mais aussi au vu de l'évolution de la société actuelle qu'ils soient informés pour mieux se protéger.

5. Conclusion

L'encadrement juridique de l'activité médicale est indispensable afin de garantir le respect des principes de protection du corps humain. Chaque formation médicale ou paramédicale est sanctionnée par un diplôme permettant à son détenteur d'exercer dans les limites des compétences définies par la loi. La bonne prise en charge des patients nécessite que les professionnels travaillent en équipe pluridisciplinaire. Cependant, l'organisation des soins doit se faire selon les règles précises fixées par la loi qui définit le champ de compétence de chaque profession. L'exercice des professions médicales et paramédicales implique un risque d'engagement de la responsabilité médico-légale du professionnel. Celui-ci est majoré du fait de l'existence d'une délégation entre professionnels et concernera aussi bien le délégant que le délégataire.

Cette étude a montré que les sages-femmes travaillent en équipe pluridisciplinaire sans connaître le champ de compétence des professionnels avec qui elles exercent. En effet, il est apparu que les sages-femmes déléguaient de nombreux actes sans que ceux-ci puisse être normalement effectués par le délégataire en question. De plus, il est apparu que de nombreuses pratiques relevaient plus de l'expérience acquise ou de l'habitude que de la compétence acquise par l'obtention du diplôme. Elle a aussi montré que les sages-femmes ont des difficultés à appréhender les différents types de responsabilité qui pouvaient être engagées lors de leur pratique quotidienne.

L'encadrement des professions médicale et paramédicales est en constant remaniement, il est donc important que les sages-femmes se tiennent informées des évolutions pour rester dans le cadre légal. Il serait aussi nécessaire que les sages-femmes comprennent mieux les différents types de responsabilités juridiques, cela pourrait se faire dans le cadre de la formation continue ou lors de réunions en équipe au sein des services.

Bibliographie

1. Article 16-1 du code civil créé par Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994. JORF n°175 du 30 juillet 1994. p11056 [Internet]. Code Civil. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006419293&cidTexte=LEGITEXT000006070721>
2. Article 16-3 du code civil modifié par Loi n°2004-800 du 6 août 2004. JORF n°182 du 7 août 2004. p14040 [Internet]. Code Civil. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CC066B8DA0C73BEEB58C736786A4515D.tpdlal3v_2?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006419297&dateTexte=20170127&categorieLien=id#LEGIARTI000006419297
3. Haute Autorité de Santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12__23_31_188.pdf
4. Le Coq J. Connaissances et Perception du risque médico-légal en salle de naissances par des sages-femmes hospitalières. [Ecole de Sages-Femmes René Rouchy]: Angers; 2013.
5. Code de la santé publique. Livre Ier: Professions médicales [Internet]. Légifrance. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000021503642&idSectionTA=LEGISCTA000006171263&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160529>
6. Code de la santé publique. Livre II: Professions de la pharmacie et de la physique médicale [Internet]. Légifrance. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000028747979&idSectionTA=LEGISCTA000006171291&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170125>
7. Code de la santé publique. Livre III: Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires [Internet]. Légifrance. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000031920694&idSectionTA=LEGISCTA000031920692&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170125>
8. Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Code de déontologie de la profession de sage-femme [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-deontologie-des-sages-femmes-version-consolidée-au-19>
9. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°167 du 22 juillet 2009 [Internet]. NOR: SASX0822640L. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>
10. Haute Autorité de Santé - Développement professionnel continu (DPC) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc
11. Article L 4151-1 modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art 127 [Internet]. Code de la santé publique. Sect. Titre V: profession de sage-femme. Disponible sur:

- https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=C161D8837CAA02B0A94688A3658693CD.tpdila20v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031930152&dateTexte=20170125&categorieLien=id#LEGIARTI000031930152
12. Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. JORF n°157 du 8 juillet 2011 [Internet]. Code de la santé publique, NOR: ETSX1117652L. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024323102#LEGISCTA000024323949>
 13. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°22 du 27 janvier 2016 [Internet]. NOR: AFSX1418355L. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
 14. Décret n°2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. JORF n°130 du 5 juin 2016 [Internet]. NOR: AFSP1608429D. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032630558&categorieLien=id>
 15. Article L 4151-2 modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127 [Internet]. Code de la santé publique. Sect. Titre V: profession de sage-femme. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688928&dateTexte=&categorieLien=cid>
 16. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. NOR: SANX0300055L. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>
 17. Article D 4151-25 Créé par Décret n°2016-743 du 2 juin 2016 - art. 5 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=99911FD3A2499F5887FA3C5931D2E266.tpdila17v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000032633359&dateTexte=20170127&categorieLien=id#LEGIARTI000032633359
 18. Arrêté du 10 octobre 2016 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer. JORF n°0244 du 19 octobre 2016 [Internet]. Code de la santé publique, NOR: AFSP1627675A. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/10/10/AFSP1627675A/jo/texte>
 19. Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. JORF n°0187 du 12 août 2016 [Internet]. NOR: AFSP1613265A. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/8/8/AFSP1613265A/jo/texte>
 20. Article R. 4127-318 Modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes - art. 1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913115&dateTexte=&categorieLien=cid>
 21. Article L 4151-3 Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 104. JORF du 11 août 2004 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:

- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688930&dateTexte=&categorieLien=cid>
22. Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire modifié par Arrêté du 12 octobre 2011 [Internet]. NOR: SANS0622672A. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000024688759>
 23. Décret n°2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux. JORF n°1 du 1 janvier 2012. p 29 [Internet]. NOR: ETSH1125201D. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/12/30/ETSH1125201D/jo>
 24. Code de la santé publique. Livre III: Titre I profession d'infirmier [Internet]. Legifrance. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=661973AAE6CBFD20DCBBD5D5EB0E8F28.tpdila20v_3?idSectionTA=LEGISCTA000021504202&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160529
 25. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille de la solidarité et de la ville, Ministère de la santé et des sports. Référentiel de formation - Profession infirmier. In: Bulletin Officiel - Santé, Protection sociale, Solidarité [Internet]. 2009. p. 309-18. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste_20090007_0001_p000.pdf
 26. Article L 4311-1 à L 4311-29 [Internet]. Code de la santé publique. Sect. Chapitre Ier : Règles liées à l'exercice de la profession. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=2FEC41A80895E26BFE7B6A0EDA D5E451.tpdila17v_2?idSectionTA=LEGISCTA000021504202&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170127
 27. Articles L 4312-1 et L 4312-2 Modifiés par Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 63 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000020896643&idSectionTA=LEGISCTA000006185282&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170127>
 28. Article L 4311-1 Modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 134 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689209>
 29. Article R 4311-5-1 créé par Décret n°2008-877 du 29 août 2008 - art. 1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000019415759&dateTexte=&categorieLien=cid>
 30. Arrêté du 19 juin 2011 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier de l'injection du vaccin antigrippal saisonnier pratiquée par un infirmier ou une infirmière. JORF n°0148 du 28 juin 2011 p.10912 [Internet]. Code de la santé publique, NOR: ETSP1116585A. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024267409&categorieLien=id>
 31. Décret n°2012-35 du 10 janvier 2012 pris pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique. JORF n°10 du 12 janvier 2012. p 583. [Internet]. NOR: ETSH1132763D. Disponible sur:

- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025135341&categorieLien=id>
32. Arrêté du 25 mai 2010 fixant la liste des médicaments contraceptifs oraux visée aux articles L. 4311-1 et L. 5125-23-1 du code de la santé publique. JORF n°124 du 1 juin 2010. p 9847. [Internet]. NOR: SASP1011948A. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022285098>
 33. Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. JORF n° 77 du 30 mars 2012. [Internet]. NOR: ETSH1208335A. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025592708>
 34. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. JORF n°183 du 8 août 2004. p 37087. [Internet]. Sect. L 4311-1 à L 4311-10, NOR: SANP0422530D. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/7/29/SANP0422530D/jo#JORFSCTA000000895088>
 35. Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. JORF n°0276 du 27 novembre 2016. [Internet]. NOR: AFSH1617652D. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo>
 36. Référentiel de Compétence - Diplôme d'état d'infirmier [Internet]. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf
 37. Article L 4392-1 modifié par Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 24 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689575&dateTexte=&categorieLien=cid>
 38. Arrêté du 28 septembre 2011 modifiant l'arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture. JORF n°0248 du 25 octobre 2011 p. 18037 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024710333&categorieLien=id>
 39. Arrêté du 19 février 2010 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention des diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture et modifiant les arrêtés du 25 janvier 2005 modifié et du 16 janvier 2006. JORF n°0049 du 27 février 2010 p. 3788 [Internet]. NOR: SASH1003731A. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021879018&categorieLien=id>
 40. Arrêté du 16 janvier 2006 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture [Internet]. Bulletin Officiel, NOR : SANP0620363A. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-02/a0020018.htm>
 41. Article L 4391-1 modifié par Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 24 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689568&dateTexte=&categorieLien=cid>

42. Arrêté du 28 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant. JORF n°0001 du 1 janvier 2016. [Internet]. NOR: AFSH1532528A. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/12/28/AFSH1532528A/jo>
43. Arrêté du 25 janvier 2005. BO du 15 mars 2005. p 28 [Internet]. [cité 4 mars 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/bo0502.pdf>
44. Arrêté du 28 septembre 2011 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant [Internet]. Code de la santé publique, NOR: ETSH1126391A. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024710238&dateTexte=20170304>
45. Diplôme professionnel aide-soignant - Référentiel de compétences [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: http://www.geracfas.com/uploads/pdf/AV_refer.competence.pdf
46. Diplôme professionnel aide-soignant - Référentiel d'activités [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: http://www.geracfas.com/uploads/pdf/Referentiel_metier_AS.pdf
47. Arrêt Mercier - Cour de cassation, Civ., 20 mai 1936 [Internet]. Revue générale du droit. [cité 29 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/decisions/cour-de-cassation-civ-20-mai-1936-mercier/>
48. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002. p4118 [Internet]. NOR: MESX0100092L. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
49. Article L 1142-1 modifié par Loi n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 112 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=66C2C8B1369CCD983AA252B24DEA89E8.tpdila15v_1?idArticle=LEGIARTI000020628252&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=
50. Article L 1111-2 Modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685758&dateTexte=&categorieLien=cid>
51. Article L 1111-2 modifié par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 37 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=66C2C8B1369CCD983AA252B24DEA89E8.tpdila15v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020890189&dateTexte=20170129&categorieLien=id#LEGIARTI000020890189
52. Article R. 4127-35 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912897&dateTexte=20110210>
53. Article L 1110-4 modifié par Ordonnance n°2017-31 du 12 janvier 2017 - art. 5 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:

- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020886954&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
54. Claire Dran. La responsabilité pour faute des professionnels de santé: Spécificités de la sage-femme [Internet]. Faculté Jean Monnet - UNIVERSITÉ PARIS SUD; 2013. Disponible sur: http://memoire.jm.u-psud.fr/affiche_memoire.php?fich=2767&diff=public
 55. Article R. 4127-325 crée par Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000001843424&cidTexte=LEGITEXT000005822264&categorieLien=id>
 56. Merger-Pélier Marguerite, Dibie-Krajcman Dorothée. La responsabilité disciplinaire. In: Le manuel juridique de la sage-femme. 2ème édition. Les études hospitalières; 2012. p. 107-8. (Pratiques professionnelles).
 57. Article 121-1 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417201>
 58. Article 221-6 Modifié par Loi n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 185 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=51412337F95DEB2E62AF1D56C91CF5B1.tpdila16v_3?idArticle=LEGIARTI000024042647&cidTexte=LEGITEXT000006070719&categorieLien=id&dateTexte=
 59. Article 222-19 Modifié par Loi n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 185 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024042643&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
 60. Nguyen F, Ponte C, Poulain M-A. 50 questions sur le métier de sage-femme : législation et exercice professionnel. 2ème. Elsevier Masson; 2011.
 61. Article L 4124-6 Modifié par Ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 - art. 1 [Internet]. Code de la santé publique août, 2005. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=BB3DD336A570C7D6209F466B39B036AE.tpdila15v_1?idArticle=LEGIARTI000006688757&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170129
 62. Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. [Internet]. Sect. Article 29. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068812&dateTexte=20170129>
 63. Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires modifié par la Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires - Art 19 [Internet]. avril, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=B48D9D1AD598EDFAF43C4713393D203D.tpdila16v_3?idArticle=LEGIARTI000032442291&cidTexte=JORFTEXT00000504704&categorieLien=id&dateTexte=

64. Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière - art.81 Modifié par Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 - art. 47 [Internet]. janv 19, 1994. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=B48D9D1AD598EDFAF43C4713393D203D.tpdila16v_3?idArticle=LEGIARTI000006695994&cidTexte=JORFTEXT00000512459&categorieLien=id&dateTexte=
65. Loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale - art. 89 Modifié par Loi n°2012-347 du 12 mars 2012 - art. 125 [Internet]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=B48D9D1AD598EDFAF43C4713393D203D.tpdila16v_3?cidTexte=JORFTEXT000000320434&idArticle=LEGIARTI000025500343&dateTexte=20170304&categorieLien=id#LEGIARTI000025500343
66. Article L 1332-2 [Internet]. Code du Travail. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006189484&cidTexte=LEGITEXT000006072050>
67. Article L 1331-1 [Internet]. Code du travail. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006901445&cidTexte=LEGITEXT000006072050>
68. Tribunal des conflits - 30 juillet 1873 - Pelletier [Internet]. [cité 31 janv 2017]. Disponible sur:
<http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Decisions/Les-decisions-les-plus-importantes-du-Conseil-d-Etat/Tribunal-des-conflits-30-juillet-1873-Pelletier>
69. Tribunal des Conflits - 05 mai 1877 - Laumonier-Carriol [Internet]. [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: http://archiv.jura.uni-saarland.de/france/saja/ja/1877_05_05_tc.htm
70. Duval-Arnould D. La responsabilité civile des professionnels de santé et des établissements de santé privés à la lumière de la loi du 4 mars 2002 [Internet]. Cour de cassation. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur:
https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2002_140/deuxieme_partie_tudes_documents_143/tudes_theme_responsabilite_145/professionnels_sante_6115.html
71. Article 1242 Modifié par Ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016 - art. 2 [Internet]. Code civil. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032041559&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20170304>
72. Arrêt n° 1607 du 9 novembre 2004. Cour de cassation - Première chambre civile [Internet]. Cour de Cassation. [cité 31 janv 2017]. Disponible sur:
https://www.courdecassation.fr/jurisprudence_2/premiere_chambre_civile_568/arret_n_638.html
73. Seguy Bernard. La sage-femme face au tribunal. Les dossiers de l'obstétrique. février 2005;(335):15-8.
74. Seguy Bernard. La sage-femme face au tribunal. Les dossiers de l'obstétrique. Avril 2005;(337):35-40.
75. Soutoul J-H, Bardin-Bedu C. La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux de la sage-femme. Maloine.

76. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques [Internet]. [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_aspects_juridiques.pdf
77. Com-Ruelle L. OZ. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? [Internet]. Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2008. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>
78. Article L 4161-1 Modifié par Ordonnance n°2017-48 du 19 janvier 2017 - art. 2 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688965>
79. « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » [Internet]. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>
80. Article 122-4 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417216>
81. Article L 4161-5 Modifié par Loi n°2009-1437 du 24 novembre 2009 - art. 50 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B48D9D1AD598EDFAF43C4713393D203D.tpdila16v_3?idArticle=LEGIARTI000021342930&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=
82. Dran C. Collaboration entre professionnels de santé : délégation, coopération ou glissement de tâche. *Rev Sage-Femme*. oct 2016;15(4):205-7.
83. Haute Autorité de Santé - Protocole de coopération entre professionnels de santé [Internet]. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante
84. Vilatte J-C. Méthodologie de l'enquête par questionnaire - Laboratoire Culture & Communication - Université d'Avignon [Internet]. [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/318264785/jcvilatte-le-questionnaire-jcv-pdf>
85. Quivy R, Van Campenhoudt L. Panorama des principales méthodes de recueil des informations. In: *Manuel de recherche en sciences sociales*. 2ème édition. Dunod; p. 188-92. (Psycho Sup).
86. Peabody JW. Measuring the Quality of Physician Practice by Using Clinical Vignettes: A Prospective Validation Study. *Ann Intern Med*. 16 nov 2004;141(10):771.
87. Veloski J, Tai S, Evans AS, Nash DB. Clinical Vignette-Based Surveys: A Tool for Assessing Physician Practice Variation. *Am J Med Qual*. 1 mai 2005;20(3):151-7.
88. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of Vignettes, Standardized Patients, and Chart Abstraction: A Prospective Validation Study of 3 Methods for Measuring Quality. *JAMA*. 5 avr 2000;283(13):1715-22.

89. Bachmann LM, Mühleisen A, Bock A, ter Riet G, Held U, Kessels AG. Vignette studies of medical choice and judgement to study caregivers' medical decision behaviour: systematic review. *BMC Med Res Methodol.* 2008;8:50.
90. Cour d'appel de Rennes, Audience publique du jeudi 14 octobre 2004, N° RG : 04/00435 [Internet]. [cité 6 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000006945068>
91. Cour Administrative d'Appel de Versailles - 4ème chambre - N° 12VE03211 [Internet]. Lebon. 2013 [cité 27 juill 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000027666050>
92. Cour de Cassation, Chambre mixte. Audience publique du 25 octobre 2004, N° de pourvoi: 03-14.219, Publié au bulletin [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007048603>
93. TGI de Paris, 3 septembre 2003, Affaire Olivier A. [Internet]. Direction des affaires juridiques AP-HP. [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/tgi-de-paris-3-septembre-2003-affaire-olivier-a-responsabilite-penale-enfant-atteint-dune-bronchiolite-decede-a-lhopital/>
94. Haute Autorité de Santé - Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale [Internet]. [cité 6 avr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_784119/fr/prescription-medicamenteuse-par-telephone-ou-teleprescription-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale
95. Cour de cassation, chambre civile 1, audience publique du lundi 30 octobre 1995. N° de pourvoi: 93-20544 93-20579 93-20786. Publié au bulletin n° 383.

Annexe I : Actes professionnels de la profession d'IDE

Article R4311-5 du CSP

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage:

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;

- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;
- 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes:
 - a) Urines: glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
 - b) Sang: glycémie, acétonémie ;
- 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;
- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R4311-5-1 du CSP

Créé par Décret n°2008-877 du 29 août 2008 - art. 1

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer l'injection du vaccin antigrippal, à l'exception de la première injection, dans les conditions définies à l'article R. 4311-3 et conformément au résumé des caractéristiques du produit annexé à l'autorisation de mise sur le marché du vaccin injecté, sur certaines personnes dont les conditions d'âge et les pathologies dont elles peuvent souffrir sont précisées par arrêté du ministre chargé de la santé.

L'infirmier ou l'infirmière indique dans le dossier de soins infirmiers l'identité du patient, la date de réalisation du vaccin ainsi que le numéro de lot du vaccin lors de l'injection. Il ou elle déclare au centre de pharmacovigilance les effets indésirables portés à sa connaissance susceptibles d'être dus au vaccin.

Article R4311-6 du CSP

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
- 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Article R4311-7 du CSP

Modifié par Décret 2005-840 2005-07-20 art. 11 4

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- 1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
- 2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
- 3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
- 4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- 5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 - a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5 ;

7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;

9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;

11° Pose de bandages de contention ;

12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;

13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;

16° Instillation intra-urétrale ;

17° Injection vaginale ;

18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;

19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;

20° Soins et surveillance d'une plastie ;

21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;

22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;

23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;

24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;

25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;

26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;

27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;

- 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- 34° Saignées ;
- 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- 38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- 39° Recueil aseptique des urines ;
- 40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- 41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- 42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;
- 43° Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R4311-8 du CSP

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R4311-9 du CSP

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- 1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;
- 2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
- 3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
- 4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
- 5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
- 6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;
- 7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
- 8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;
- 9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;
- 10° Cures de sevrage et de sommeil.

Annexe II : Arrêté du 16 janvier 2006 modifié relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture (Annexe I et II)

REFERENTIEL D'ACTIVITES

L'auxiliaire de puériculture exerce sous la responsabilité de l'infirmier ou de la puéricultrice, dans le cadre de l'article R. 4311-4 du code de la santé publique. Ses activités se situent dans le cadre du rôle qui relève de l'initiative de l'infirmier, défini par les articles R. 4311-3 et R. 4311-5 du code de la santé publique, relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Dans les établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans, l'activité est encadrée par les articles R. 2324-16 à R. 2324-47 du code de la santé publique.

L'auxiliaire de puériculture réalise des activités d'éveil et des soins visant au bien-être, à l'autonomie et au développement de l'enfant. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de l'enfant et prend en compte la dimension relationnelle des soins ainsi que la communication avec la famille dans le cadre du soutien à la parentalité. L'auxiliaire de puériculture participe à l'accueil et à l'intégration sociale d'enfants porteurs de handicap, atteints de maladies chroniques, ou en situation de risque d'exclusion.

L'auxiliaire de puériculture travaille le plus souvent dans une équipe pluriprofessionnelle et dans des structures sanitaire ou sociales.

Définition du métier

Réaliser, dans le cadre du rôle propre de la puéricultrice et de l'infirmier, articles R. 4311-1 à R. 4311-15 du code de la santé publique, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des activités d'éveil et d'éducation et dispenser des soins d'hygiène et de confort pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien être et l'autonomie de l'enfant. Dans les établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans, l'activité est encadrée par les articles R. 2324-16 à R. 2324-47 du code de la santé publique.

Activités

1. Prendre soin de l'enfant dans ses activités de la vie quotidienne de la naissance à l'adolescence.
2. Observer l'enfant et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé et à son développement.
3. Aider l'infirmier ou la puéricultrice à la réalisation de soins.
4. Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de l'enfant et des matériels de soins et ludiques.
5. Recueillir et transmettre ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins et des activités.

6. Accueillir, informer, accompagner l'enfant et sa famille.
7. Réaliser des activités d'éveil, de loisirs et d'éducation.
8. Accueillir et accompagner des collègues et des stagiaires en formation.

Activités détaillées

1. Prendre soin de l'enfant dans les activités de la vie quotidienne de la naissance à l'adolescence

Principales opérations constitutives de l'activité

En fonction de l'âge de l'enfant, de son autonomie, de son développement et le cas échéant de sa pathologie ou de son handicap

Installer et mobiliser le nourrisson ou l'enfant :

Installer l'enfant dans une position adéquate ;

Lever et mobiliser l'enfant en respectant les règles de manutention et les aptitudes de l'enfant ;

Porter le nourrisson pour les activités de la vie quotidienne ou dans le cadre de déplacements pour les soins ;

Accompagner l'enfant au cours des soins ou des activités.

Dispenser des soins liés à l'hygiène corporelle et au confort de l'enfant :

Effectuer une toilette: bain du nouveau-né ou du jeune enfant, toilette du visage, nez, toilette génito-anale, brossage ou nettoyage des dents, shampoing, soins des oreilles, soins du cordon ;

Réaliser des gestes quotidiens permettant d'assurer le confort et le bien-être de l'enfant et de prévenir les attitudes vicieuses ;

Déshabiller, habiller l'enfant ou l'aider ;

Refaire un lit ou un berceau avec enfant ;

Nettoyer les différents matériels liés à l'hygiène corporelle.

Dispenser des soins liés à l'alimentation :

Installer et préparer l'enfant pour le repas ;

Préparer le biberon ou les repas en suivant les différentes étapes de la diversification alimentaire ;

Aider la mère pour la première tétée et dans le processus d'allaitement ;

Aider à l'utilisation du tire-lait ;

Donner le biberon et/ou le repas lors des différentes étapes de la diversification alimentaire;

Observer la quantité et la qualité des repas pris par l'enfant ;

Observer la tolérance digestive des repas ;

Nettoyer et stériliser les différents matériels liés à l'alimentation.

Dispenser des soins liés à l'élimination :

Réaliser le change du nouveau-né et du nourrisson ;

Aider l'enfant à l'élimination lors des différentes étapes liées à l'acquisition de la propreté;

Installer un enfant sur le bassin, poser l'urinal ou le collecteur d'urines ;

Nettoyer et désinfecter les différents matériels liés à l'élimination.

Dispenser des soins liés au sommeil :
Préparer la chambre ou le lieu de repos ;
Installer l'enfant ou le nourrisson pour le repos et le sommeil ;
Mettre en place les conditions favorables à l'endormissement, au sommeil et au réveil en fonction des habitudes de l'enfant et des besoins liés à son âge ;
Surveiller les rythmes d'endormissement et de sommeil.

Principales situations professionnelles associées

L'exercice de l'activité peut se différencier en fonction :

1. Du lieu d'exercice :

Soins assurés en établissement sanitaire, social ou médico-social ;

Soins assurés dans les structures d'accueil des enfants de moins de six ans.

2. De l'âge et du stade de développement de l'enfant.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Matériel pour l'alimentation ;

Matériels d'hygiène et de toilette ;

Matériels liés à l'élimination et aux changes des nourrissons ;

Matériel éducatif et de motricité ;

Appareillages de manutention et de déplacement ;

Transmissions orales ou écrites : dossiers de soins, dossier individuel, cahier de liaison, projet éducatif, informations orales de l'équipe et des parents ;

Documents de planification, d'organisation et d'exécution des soins ;

Protocoles de soin ou conduites à tenir.

2. Observer l'enfant et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé et à son développement

Principales opérations constitutives de l'activité

Observer l'état général de l'enfant :

Observer l'état général de l'enfant (aspect, propreté, degré de mobilité, conscience, hydratation...), son degré d'autonomie et son comportement ;

Observer les téguments : coloration, intégrité, sécheresse, chaleur, pli cutané...;

Observer des signes pathologiques : œdèmes, escarres, gonflements, éruptions, érythèmes, hématomes, écoulements...;

Surveiller les points d'appui ;

Observer l'appétit, la satiété, la tolérance digestive.

Observer le développement et les réactions de l'enfant :

Observer les réactions de l'enfant : niveau de communication, état de stress, d'émotivité, cohérence du langage, orientation spatio-temporelle... ;

Observer l'attitude de l'enfant au moment des repas, pendant les jeux, au moment du sommeil et pendant la réalisation des soins ;
Observer le développement moteur, psycho-affectif, cognitif, sensoriel et social de l'enfant;
Repérer les signes de douleur selon l'âge ;
Repérer les signes de maltraitance.
Observer et mesurer les paramètres vitaux :
Observer et mesurer les paramètres vitaux : température, poids, taille, périmètre crânien, respiration, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire... ;
Observer la quantité et la qualité des aliments absorbés et la quantité des boissons absorbées ;
Surveiller l'élimination urinaire, intestinale, le transit, les régurgitations ou les vomissements éventuels ;
Observer la qualité et la durée du sommeil, l'état de veille ;
Mesurer la douleur ;
Observer les modifications de ces états et les écarts dans la mesure des paramètres ;
Réaliser les courbes de surveillance.
Observer le bon fonctionnement des appareillages et dispositifs médicaux :
Observer le bon fonctionnement des dispositifs de drainage et de perfusion, d'administration d'oxygène et des aspirations,... ;
Observer le bon fonctionnement des dispositifs de surveillance des paramètres ;
Observer l'état des pansements et des drains ;
Observer l'état et le bon fonctionnement des appareils de traction, suspension, immobilisation ;
Observer le bon fonctionnement des incubateurs.

Principales situations professionnelles associées

L'exercice de l'activité peut se différencier en fonction :

1. Du lieu d'exercice :
 - Soins assurés en établissement sanitaire, social ou médico-social ;
 - Soins assurés dans les structures d'accueil des enfants de moins de six ans.
2. De l'âge et du stade de développement de l'enfant.
3. Des pathologies associées.

Situation spécifique :

Observations dans le cadre d'une situation où l'on ne dispose pas de référence antérieure : situation d'urgence par exemple.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Grilles de recueil de données d'évaluation ;
Echelle de douleur ;
Diagrammes de soins et de surveillance ;
Transmissions orales ou écrites ;
Protocoles de soins et instructions de travail ;

Matériel de mesure des paramètres (thermomètre, pèse-personne,...).

3. Aider l'infirmier ou la puéricultrice à la réalisation de soins

Principales opérations constitutives de l'activité

Réaliser les soins de préparation de l'enfant pour des pansements, des examens invasifs ou une intervention ;

Préparer, maintenir et rassurer l'enfant lors de soins ;

Surveiller un enfant porteur de plâtre, de traction ou de matériel opératoire ;

Surveiller un enfant dépendant d'une perfusion, d'un masque ou de lunette d'oxygénothérapie, ou d'un autre dispositif médical... ;

Mettre à disposition du matériel utilisé pour les soins (compresses, produits...) et aider à la réalisation de ceux-ci ;

Aider l'infirmière, la puéricultrice ou le masseur-kinésithérapeute au premier lever d'un enfant opéré ;

Préparer et installer des aérosols non médicamenteux ;

Aider à la prise de médicaments sous forme non injectable et observer les réactions de l'enfant ;

Déceler une hyperthermie ou une hypothermie et contribuer à la régulation de la température ;

Déceler la présence de parasites et lutter contre la pédiculose ;

Réaliser des soins de prévention d'escarres ;

Effectuer les gestes élémentaires d'urgence ;

Aider aux soins mortuaires au sein d'un service en établissement de santé.

Principales situations professionnelles associées

L'exercice de l'activité peut se différencier en fonction :

1. Du lieu d'exercice :

- soins assurés en établissement sanitaire, social ou médico-social ;
- soins assurés dans les structures d'accueil des enfants de moins de six ans.

2. De l'âge et du stade de développement de l'enfant.

3. Des pathologies associées.

4. De situations spécifiques : décès d'un enfant.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Appareillages de manutention et de déplacement :

Matériel(s) de soin ;

Protocoles de soins ;

Recommandations ;

Projet d'établissement ;

Règlement intérieur ;
Les échanges en équipe.

4. Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de l'enfant et des matériels de soins et ludiques

Principales opérations constitutives de l'activité

Assurer l'entretien de la chambre ou du lieu d'accueil de l'enfant :
Nettoyer, désinfecter avec les produits appropriés tout le matériel et le mobilier ;
Ranger et remettre en état ;
Aménager l'espace en fonction des besoins de l'enfant, du matériel, et du mobilier ;
Préparer et ranger le chariot d'entretien ;
Evacuer le linge ou le matériel sale ;
Entretenir ponctuellement le linge des enfants ;
Prédésinfecter, nettoyer et désinfecter le matériel hôtelier, médical et ludique.
Refaire les lits ou les berceaux :
Refaire les lits ou les berceaux inoccupés ;
Préparer et adapter les différents équipements du lit.
Eliminer les déchets :
Eliminer les déchets dans les contenants appropriés et suivant le circuit approprié ;
Installer, nettoyer et entretenir les contenants réutilisables au sein du service.
Entretenir les matériels de soins et ludiques :
Laver, décontaminer, nettoyer, désinfecter certains matériels de soin et de jeux ;
Entretenir les chariots, les chaises roulantes et brancards ;
Entretenir un incubateur vide ;
Nettoyer la biberonnerie ;
Entretenir des équipements spécifiques ;
Entretenir des jeux et des matériels éducatifs ;
Conditionner le matériel à stériliser ou à désinfecter ;
Vérifier la péremption et ranger le matériel stérilisé.

Principales situations professionnelles associées

Situation spécifique :
Entretien quotidien ;
Entretien au moment des sorties de l'enfant ;
Entretien de matériels utilisés auprès de patients atteints de pathologies infectieuses ;
Entretien d'équipements spécifiques selon les lieux d'exercice.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Produits d'entretien et autres consommables ;
Appareillages de manutention et de déplacement ;

Matériel(s) de soin ;
Documents liés à la sécurité sanitaire : protocoles d'élimination des déchets, protocoles définissant les circuits et le tri du linge, protocole d'hygiène,... ;
Equipements d'entretien ;
Equipement mobilier de la chambre ;
Lits hôteliers, lits médicalisés, systèmes de literie et équipements médicalisés des lits ;
Matériels spécifiques au service ;
Equipement ludique.

5. Recueillir et transmettre des observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins et des activités

Principales opérations constitutives de l'activité

Recueillir les informations concernant : les enfants, les soins, les activités, la relation parents-enfant ;
Rechercher dans le dossier de soin ou dans le dossier individualisé de l'enfant les informations nécessaires à l'activité ;
Transmettre les informations sur les soins et activités réalisées ;
Transmettre les informations sur les réactions de l'enfant et de sa famille et sur son environnement ;
Transmettre les observations et mesures réalisées ;
Renseigner le dossier de soin ou le dossier individualisé de l'enfant sur les activités et les observations réalisées.

Principales situations professionnelles associées

L'exercice de l'activité peut se différencier en fonction du lieu d'exercice :
Transmission des informations dans le cadre d'un service en établissement sanitaire ou social ;
Transmission des informations dans le cadre d'un service d'accueil de la petite enfance ;
Réunions de l'équipe ;
Groupes de travail dans le cadre de projets de service ;
Apport d'information dans le cadre de l'élaboration de projets de soins, de projets de vie, projet de services, projets éducatifs ;
Le travail en équipe pluriprofessionnelle.
Situation spécifique :
Alerte en situation d'urgence ou de maltraitance, en collaboration avec les équipes pluriprofessionnelles.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Téléphone ;
Cahier support, cahier de liaison, documents de transmission ;
Dossier de soin, informatisé ou non ;

Projet d'établissement ;
Autres supports informatisés.

6. Accueillir, informer, accompagner l'enfant et sa famille

Principales opérations constitutives de l'activité

Echanger et communiquer avec les parents et l'enfant ;
Accueillir : écouter, décoder et apporter une réponse adaptée ;
Transmettre des informations accessibles et adaptées à l'enfant et à sa famille en tenant compte de la situation et de la réglementation en vigueur ;
Transmettre aux parents les informations relatives au déroulement de la journée et des activités prévues ou réalisées ;
Donner des conseils aux familles et à l'enfant sur l'hygiène de la vie courante et la sécurité domestique ;
Associer les parents à la réalisation des soins pour une plus grande autonomie : bain, toilette, change... ;
Expliquer le fonctionnement du service et des structures ;
Proposer aux parents des activités à réaliser avec leur enfant.

Principales situations professionnelles associées

Accueil : arrivée dans le service, retour de bloc d'urgence ;
Adaptation progressive d'un enfant en structure collective ;
Accueil quotidien et toute situation de relation avec les parents ;
Situations de crise : violence, maltraitance, séparation, décès... ;
Situation d'accompagnement des enfants, des personnes et des familles dans des situations de douleur, de détresse physique et morale et de fin de vie ;
Poursuite d'un cycle scolaire pour un enfant hospitalisé ;
Réunions d'équipe ;
Situations de soutien à la parentalité.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Dossier individualisé de l'enfant ou dossier de soins ;
Livret d'accueil, projet d'établissement ;
Protocoles ;
Réunions de service ;
Formations spécifiques portant par exemple sur la maltraitance, la fin de vie.

7. Réaliser des activités d'éveil, de loisirs et d'éducation

Principales opérations constitutives de l'activité

Recueillir les informations sur les besoins et les centres d'intérêts de l'enfant ou des groupes d'enfants pour organiser les activités et les jeux ;
Proposer et organiser des activités d'éveil diversifiées pour un enfant ou un groupe d'enfants ;
Préparer les activités et leur déroulement ;
Préparer le matériel et les locaux pour des activités d'éveil : jeux de motricité, contes, livres, musique...
Décorer les locaux ;
Réaliser les activités d'éveil et de loisir ;
Aider l'enfant dans les activités quotidiennes : alimentation, lavage des mains, brossage des dents, acquisition de la propreté, habillage...

Principales situations professionnelles associées

Décoration des locaux pour agrémenter les espaces accueillant des enfants ;
Activité quotidienne et toute situation de relation avec les parents.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Matériel de jeux ;
Locaux aménagés ;
Projets de service, projet éducatif.

8. Accueillir et accompagner des collègues et des stagiaires en formation

Principales opérations constitutives de l'activité

Accueillir les stagiaires, les collègues, présenter les services et personnels ;
Montrer et expliquer les modalités de réalisation des activités ;
Expliquer les fonctions et les activités de chaque professionnel ;
Observer et réajuster si nécessaire la réalisation des activités par le stagiaire ;
Apporter son appréciation lors de l'évaluation.

Principales situations professionnelles associées

Stages d'élèves auxiliaires de puériculture, d'autres élèves ou de nouveaux collègues.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Programmes de formation ;
Objectifs du stage ;
Entretiens et observations ;
Carnet de suivi et grilles d'évaluation ;

Protocoles de stage/d'accueil des stagiaires ;
Projets de soins, projets de service.

REFERENTIEL DE COMPETENCES

Unité 1

Accompagner l'enfant dans les activités d'éveil et de la vie quotidienne et les parents dans leur rôle éducatif

Savoir-faire :

Identifier les manifestations liées aux besoins essentiels de l'enfant en fonction de son âge et prendre en compte sa culture, ses habitudes de vie, ses choix et ceux de ses parents ou de sa famille ;

Repérer les capacités psychomotrices et psycho-affectives de l'enfant ainsi que son degré d'autonomie en lien avec son niveau de développement et ses potentialités ;

Apporter son aide pour la toilette, l'habillage, la prise de repas, l'élimination et la mobilité en l'adaptant aux besoins et aux capacités de l'enfant et en respectant les règles d'hygiène, de pudeur et de sécurité ;

Proposer, initier, animer et adapter des activités d'éveil et des jeux pour favoriser le développement et l'autonomie de l'enfant et faciliter sa sociabilisation ;

Aménager des espaces de jeux, d'activités, de sommeil, de temps libre en favorisant l'autonomie de l'enfant ;

Repérer les réactions de l'enfant avec sa famille et les réponses apportées par les parents ;

Aider, accompagner et conforter les parents dans leur rôle éducatif, les associer aux soins en développant leur autonomie.

Unité 2

Apprécier l'état clinique d'une personne à tout âge de la vie

Savoir-faire :

Apprécier les changements dans l'état clinique et le comportement de la personne en relation avec son âge et son évolution ;

Identifier les signes de détresse et de mal-être ;

Identifier et mesurer la douleur ;

Mesurer les paramètres vitaux en utilisant les outils spécifiques, les échelles de mesure et réaliser les courbes de surveillance ;

Identifier les anomalies au regard des paramètres habituels liés aux âges de la vie ;

Identifier les risques liés aux situations spécifiques de l'enfant, de la personne âgée, de la personne handicapée, de la personne dépendante ;

Discerner le caractère urgent d'une situation et alerter ;

Repérer les risques de maltraitance et alerter.

Unité 3

Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de l'enfant

Savoir-faire :

Sélectionner les informations relatives à la situation de vie concernant les enfants ;

Rechercher les informations sur les précautions particulières à respecter lors des soins ;

Identifier et appliquer les règles d'hygiène et de sécurité associées aux soins à l'enfant ;

Organiser l'activité de soin en fonction de l'enfant, de la présence de ses parents et de l'environnement ;

Choisir le matériel approprié au soin ;

Réaliser les soins dans le respect de l'enfant, de son autonomie, de son intimité et en tenant compte des appareillages et matériels d'assistance médicale : soins liés à l'hygiène corporelle et au confort, à l'alimentation, à l'élimination, au sommeil ;

Adapter ses interventions lors de la réalisation de soins avec l'infirmier, la puéricultrice ou la sage-femme ;

Adapter les modalités de réalisation du soin à l'état de l'enfant, à son âge et à ses habitudes de vie ;

Apprécier le bon déroulement du soin et réajuster le cas échéant.

Unité 4

Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation

Savoir-faire :

Identifier et appliquer les principes d'ergonomie et de manutention notamment lors des mobilisations, des aides à la marche, des déplacements et des transports de matériel ;

Identifier et appliquer les règles de sécurité et de prévention des risques, notamment ceux liés aux pathologies, à l'utilisation du matériel médical et aux accidents domestiques ;

Installer la personne en tenant compte de ses besoins, de sa pathologie, de son handicap, de sa douleur et des différents appareillages médicaux ;

Aménager un espace sécurisé et sécurisant pour une personne ou un groupe.

Unité 5

Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage

Savoir-faire :

Ecouter la personne et son entourage et prendre en compte les signes non verbaux de communication sans porter de jugement ;

S'exprimer et échanger en adaptant son niveau de langage, dans le respect de la personne et avec discrétion ;

Expliquer le soin réalisé, les raisons d'un geste professionnel et apporter des conseils sur les actes de la vie courante ;

Faire exprimer les besoins et les attentes de la personne, les reformuler et proposer des modalités adaptées de réalisation du soin ;
Apporter des informations pratiques adaptées lors de l'accueil dans le service dans le respect du règlement intérieur
Identifier les limites de son champ d'intervention dans des situations de crise, de violence en sachant prendre une distance juste et efficace par rapport à la personne et à sa situation ;
Repérer les comportements en groupe et proposer des interventions adaptées ;
Adapter son mode de relation : toucher, contact visuel ou parole à la situation de la personne.

Unité 6

Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifiques aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Savoir-faire :

Identifier et choisir le matériel et les produits appropriés ;
Doser et utiliser les produits en fonction des procédures et des fiches techniques ;
Utiliser les techniques de nettoyage appropriées pour lutter contre les infections, notamment nosocomiales, en appliquant les protocoles et les règles d'hygiène et de sécurité ;
Appliquer les principes d'hygiène dans les lieux de vie collectifs visant à prévenir les infections ;
Identifier et respecter les circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets ;
Installer le mobilier et le matériel de la chambre en l'adaptant à l'état de la personne ;
Utiliser les techniques de rangement et de stockage adaptées ;
Apprécier l'efficacité des opérations d'entretien et identifier toute anomalie ;
Repérer toute anomalie dans le fonctionnement des appareils bio-médicaux et alerter.

Unité 7

Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins et des activités

Savoir-faire :

Identifier et rechercher les informations nécessaires sur les précautions particulières à respecter lors d'un soin ou d'une activité ;
Rechercher, organiser et hiérarchiser l'information concernant la personne et son entourage et permettant de prendre en compte sa culture, ses habitudes de vie, ses goûts, son régime,...
;
Transmettre les informations liées à la réalisation du soin ou de l'activité et alerter en cas d'anomalie par oral, par écrit ou en utilisant les outils informatisés ;
S'exprimer au sein de l'équipe en utilisant un langage et un vocabulaire professionnel ;
Renseigner des documents assurant la traçabilité des soins et des activités en appliquant les règles ;

Discerner les informations à transmettre dans le respect des règles déontologiques et du secret professionnel.

Unité 8

Organiser son travail au sein d'une équipe pluriprofessionnelle

Savoir-faire :

Identifier son propre champ d'intervention en particulier au regard des compétences infirmières et des autres professionnels ;

Organiser sa propre activité au sein de l'équipe en tenant compte de la planification de l'ensemble des activités du service ;

Organiser et prioriser son activité pour répondre aux besoins d'un groupe de personnes ;

Utiliser les outils de planification du service pour organiser sa propre activité ;

Contribuer à l'élaboration des projets de soins et/ou des projets éducatifs.

Annexe III : Arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant (Annexe I).

REFERENTIEL D'ACTIVITES

L'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle qui relève de l'initiative de celui-ci, défini par les articles 3 et 5 du décret n°2002-194 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

L'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie.

Travaillant le plus souvent dans une équipe pluriprofessionnelle, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences, et dans le cadre de sa formation, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité.

Définition du métier

Dispenser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne.

Activités

1. Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne.
2. Observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé.
3. Aider l'infirmier à la réalisation de soins.
4. Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits.
5. Entretenir des matériels de soin.
6. Transmettre ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins.
7. Accueillir, informer et accompagner les personnes et leur entourage.
8. Accueillir et accompagner des stagiaires en formation.

Activités détaillées

1. Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne

Principales opérations constitutives de l'activité

Installer et mobiliser la personne :

- Installer le patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap en fonction de la prescription ;
- lever et mobiliser la personne en respectant les règles de manutention ;
- stimuler la personne pour maintenir et développer l'autonomie ;

Dispenser des soins liés à l'hygiène corporelle et au confort de la personne :

- effectuer une toilette partielle ou complète en fonction de l'autonomie et du handicap : toilette génito-anale, hygiène bucco-dentaire et soins de bouche non médicaux, soin de pieds... ;
- réaliser des gestes quotidiens permettant d'assurer le confort de la personne (friction de bien-être...) et de prévenir les escarres et les attitudes vicieuses ;
- déshabiller/habiller la personne complètement ou partiellement ;
- refaire un lit occupé ;

Dispenser des soins liés à l'alimentation :

- installer et préparer la personne pour le repas au lit, assis en chambre ou en salle ;
- aider au choix et à la commande des repas ;
- présenter et vérifier le plateau ;
- desservir les repas et réinstaller la personne ;
- apporter une aide partielle ou totale à la prise de repas et à l'hydratation régulière.

Dispenser des soins liés à l'élimination :

- poser le bassin et l'urinal ;
- poser un étui pénien et changer la poche ;
- nettoyer et désinfecter les différents matériels liés à l'élimination ;
- assurer l'entretien journalier d'une colostomie ancienne cicatrisée et appareillée.

Dispenser des soins liés au sommeil :

- préparer la chambre ;
- installer la personne pour le repos et le sommeil en fonction de ses besoins, de sa pathologie ou de son handicap ;
- mettre en place les conditions favorables à l'endormissement et au réveil en fonction des habitudes de la personne.

Principale(s) situation(s) professionnelle(s) associées

L'exercice de l'activité peut se différencier en fonction :

1. Du lieu d'exercice :

- soins assurés en établissement ;
- soins assurés seul au domicile de la personne ;

2. Des caractéristiques de la personne soignée :

- soins auprès de personnes ayant un certain degré de participation ;
- soins auprès de personnes dépendantes ou inconscientes

Méthodes, outils, ressources utilisés

Matériels d'hygiène et de toilette.

Matériels liés à l'élimination.

Appareillages de manutention et de déplacement.

Documents de planification, d'organisation et d'exécution des soins.

Protocoles de soin.

2. Observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à l'état de santé de la personne

Principales opérations constitutives de l'activité

Observer l'état général et les réactions de la personne :

- observer l'état général de la personne : environnement, aspect, propreté, degré de mobilité...), son autonomie et son comportement ;
- observer les réactions, l'autonomie et le comportement de la personne : niveau de communication, état de stress, d'émotivité, cohérence du discours, orientation spatio-temporelle... ;
- observer l'état d'hydratation, de dépendance, de conscience.

Observer l'état de la peau et des muqueuses :

- observer les téguments : coloration, intégrité, consistance de la peau (sécheresse...), pli cutané... ;
- observer des signes pathologiques : œdèmes, escarres, gonflements... ;
- surveiller les points d'appui.

Observer et mesurer les paramètres vitaux :

- observer et mesurer les paramètres vitaux : fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, température, poids, taille, qualité de la respiration... ;
- observer la quantité et la qualité des aliments absorbés et la quantité des boissons absorbées ;
- surveiller l'élimination urinaire, le transit, l'élimination intestinale, les crachats ;
- observer la qualité et la durée du sommeil, l'état de veille, la douleur ;
- observer les modifications de ces états et les écarts dans la mesure des paramètres ;
- réaliser les courbes de surveillance.

Observer le bon fonctionnement des appareillages et dispositifs médicaux :

- observer le bon fonctionnement de dispositifs de drainage et de perfusion, des aspirateurs, des seringues... ;
- observer le bon fonctionnement des dispositifs de surveillance de paramètres ;
- observer l'état des pansements et des drains ;
- observer l'état des plâtres ;
- observer l'état et le bon fonctionnement des appareils de traction, suspension, immobilisation ;
- vérifier des dispositifs d'administration d'oxygène et d'aspiration trachéale.

Principale(s) situation(s) professionnelle(s) associées

L'exercice de l'activité peut se différencier en fonction :

1. Du lieu d'exercice :

- observations assurées auprès de patients en établissement ;

- observations assurées au domicile de la personne.
2. Des caractéristiques de la personne soignée :
- observations auprès de personnes avec différents niveaux de réactivité.

Situation spécifique :

- observations dans le cadre d'une situation où l'on ne dispose pas de référence antérieure : situation d'urgence, par exemple.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Grilles de recueil de données d'évaluation.

Echelle de douleurs.

Diagrammes.

Protocoles de soins et instructions de travail.

Matériel de mesure des paramètres (thermomètre, pèse-personne...).

3. Aider l'infirmier à la réalisation de soins

Principales opérations constitutives de l'activité

Préparer le patient pour des pansements, des examens invasifs ou une intervention.

Mettre à disposition du matériel.

Servir des compresses, des produits...

Aider l'infirmière ou le kinésithérapeute au premier lever d'une personne opérée.

Aider à la prise de médicaments sous forme non injectable (faire prendre et vérifier la prise).

Poser des bas de contention.

Aider aux soins mortuaires au sein d'un service en établissement.

Principale(s) situation(s) professionnelle(s) associées

L'exercice de l'activité peut se différencier en fonction du lieu d'exercice :

- soins assurés en établissement ;
- soins assurés seul au domicile de la personne.

Situation spécifique : soins mortuaires au sein d'un service en établissement.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Appareillages de manutention et de déplacement.

Matériel(s) de soin.

Protocoles de soins.

Textes réglementaires.

Recommandations diverses.

4. Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits

Principales opérations constitutives de l'activité

Assurer l'entretien de la chambre :

- nettoyer, désinfecter avec les produits appropriés tout le matériel et le mobilier de la chambre ;
- ranger et remettre en état, organiser l'espace en fonction du matériel et du mobilier de la chambre ;
- préparer et ranger le chariot d'entretien ;
- évacuer le linge sale en respectant les circuits ;
- prédésinfecter, nettoyer et désinfecter le matériel hôtelier et médical.

Refaire les lits :

- refaire les lits à la sortie du malade ;
- refaire les lits inoccupés ;
- préparer les différents équipements du lit : matelas, potences... ;
- changer les matelas.

Éliminer les déchets :

- éliminer les déchets dans les contenants appropriés et suivant le circuit approprié
- installer, nettoyer et entretenir les contenants réutilisables au sein du service.

Principale(s) situation(s) professionnelle(s) associées

L'exercice de l'activité peut se différencier en fonction du moment où s'effectue l'entretien:

- entretien quotidien ;
- entretien au moment des sorties.

Situation spécifique :

- entretien de chambres occupées par des patients atteints de pathologies infectieuses, en isolement.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Documents liés à la sécurité sanitaire : protocoles d'élimination des déchets, protocoles définissant les circuits et le tri du linge, protocole d'hygiène...

Produits d'entretien et autres consommables.

Équipements d'entretien.

Équipement mobilier de la chambre. Lits hôteliers, lits médicalisés, systèmes de literie et équipements médicalisés des lits.

Matériels spécifiques au service (poules, traction...).

5. Entretenir des matériels de soin

Principales opérations constitutives de l'activité

Laver, décontaminer, nettoyer, désinfecter certains matériels de soin.

Entretenir les chariots propres et sales, les chaises roulantes et brancards.

Contrôler et conditionner le matériel à stériliser ou à désinfecter.
Contrôler et ranger le matériel stérilisé.

Principale(s) situation(s) professionnelle(s) associées

Situation spécifique : entretien de matériels utilisés auprès de patients atteints de pathologies infectieuses.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Produits d'entretien et autres consommables.
Appareillages de manutention et de déplacement.
Matériel(s) de soin.
Protocoles de nettoyage, de prédésinfection...

6. Recueillir et transmettre des observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins

Principales opérations constitutives de l'activité

Recueillir les informations concernant les soins et les patients.
Rechercher dans le dossier de soins les informations nécessaires à l'activité.
Transmettre les informations sur les soins et activités réalisées.
Transmettre les informations sur le comportement du malade et son environnement.
Transmettre les observations et mesures réalisées.
Renseigner le dossier de soins pour les activités et les observations réalisées.

Principale(s) situation(s) professionnelle(s) associées

L'exercice de l'activité peut se différencier en fonction du lieu d'exercice :

- transmission des informations dans le cadre d'un service en établissement ;
- réunions de l'équipe soignante ;
- groupes de travail dans le cadre de projets de service ;
- apport d'information dans le cadre de l'élaboration de projets de soins, de projets de vie... ;
- transmission des informations dans le cadre d'interventions seul à domicile.

Situation spécifique : alerte en situation d'urgence.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Téléphone.
Cahier support.
Dossier de soins, informatisé ou non.
Autres supports informatisés.

6. Accueillir, informer et accompagner les personnes et leur entourage

Principales opérations constitutives de l'activité

Assurer une communication verbale et non verbale contribuant au bien-être du patient.
Accueillir les personnes : écouter et apporter une réponse adaptée et appropriée au malade et à sa famille.
Transmettre des informations accessibles et adaptées au patient en fonction de la réglementation.
Donner des conseils simples aux familles et au patient sur l'hygiène de la vie courante.
Expliquer le fonctionnement du service.
Stimuler les personnes par des activités.

Principale(s) situation(s) professionnelle(s) associées

Accueil : arrivée dans le service, retour de bloc d'urgence.
Décès.
Situations de crise et de violence.
Conseil sur les gestes de la vie courante pendant les soins.
Echanges avec des personnes et des familles dans des situations de douleur, de détresse physique et morale et de fin de vie.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Livret d'accueil.
Protocoles.
Réunions de service.
Formations spécifiques, par exemple portant sur la fin de vie.

8. Accueillir et accompagner des stagiaires en formation

Principales opérations constitutives de l'activité

Accueillir les stagiaires, présenter les services et personnels.
Montrer et expliquer les modalités de réalisation des activités.
Expliquer et contrôler le respect des fonctions de chaque professionnel.
Observer la réalisation des activités par le stagiaire.
Apporter son appréciation lors de l'évaluation.

Principale(s) situation(s) professionnelle(s) associées

Stages d'élèves aides soignants, d'autres élèves ou de nouveaux collègues.

Méthodes, outils, ressources utilisés

Programmes de formation.
Objectifs du stage.

Entretiens et observations.
Carnet de suivi et grilles d'évaluation.
Protocoles de stage, d'accueil des stagiaires.

REFERENTIEL DE COMPETENCES

UNITÉ 1

Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie

Savoir-faire :

- identifier les besoins essentiels de la personne et prendre en compte sa culture, ses habitudes de vie, ses choix et ceux de sa famille ;
- repérer l'autonomie et les capacités de la personne ;
- apporter son aide pour la toilette, l'habillage, la prise de repas, l'élimination et le déplacement en l'adaptant aux besoins et aux capacités de la personne et en respectant les règles d'hygiène et de pudeur ;
- stimuler la personne, lui proposer des activités contribuant à maintenir son autonomie et à créer du lien social.

UNITÉ 2

Apprécier l'état clinique d'une personne

Savoir-faire :

- observer la personne et apprécier les changements de son état clinique ;
- identifier les signes de détresse et de douleur ;
- mesurer les paramètres vitaux en utilisant les outils spécifiques et réaliser les courbes de surveillance ;
- identifier les anomalies au regard des paramètres habituels liés aux âges de la vie ;
- identifier les risques liés à la situation de la personne ;
- discerner le caractère urgent d'une situation et alerter.

UNITÉ 3

Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne

Savoir-faire :

- rechercher les informations sur les précautions particulières à respecter lors du soin ;
- identifier et appliquer les règles d'hygiène et de sécurité associées aux soins à la personne ;
- organiser l'activité de soin en fonction de l'environnement et de la personne ;
- choisir le matériel approprié au soin ;
- réaliser les soins dans le respect de la personne, de son autonomie, de son intimité et en tenant compte, des appareillages et matériels d'assistance médicale : soins liés à l'hygiène corporelle et au confort, à l'alimentation, à l'élimination, au sommeil et aide de l'infirmier à la réalisation de soins ;

- adapter les modalités de réalisation du soin à l'état de la personne et à ses habitudes de vie ;
- évaluer la qualité du soin réalisé et réajuster le cas échéant.

UNITÉ 4

Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes

Savoir-faire :

- identifier et appliquer les principes d'ergonomie et de manutention lors des mobilisations, des aides à la marche et des déplacements ;
- identifier et appliquer les règles de sécurité et de prévention des risques, notamment ceux liés aux pathologies et à l'utilisation du matériel médical ;
- installer la personne en tenant compte de ses besoins, de sa pathologie, de son handicap, de sa douleur et des différents appareillages médicaux.

UNITÉ 5

Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage

Savoir-faire :

- écouter la personne et son entourage et prendre en compte les signes non verbaux de communication sans porter de jugement ;
- s'exprimer et échanger en adaptant son niveau de langage, dans le respect de la personne et avec discrétion ;
- expliquer le soin réalisé, les raisons d'un geste professionnel et apporter des conseils sur les actes de la vie courante ;
- faire exprimer les besoins et les attentes de la personne, les reformuler et proposer des modalités adaptées de réalisation du soin ;
- apporter des informations pratiques adaptées lors de l'accueil dans le service dans le respect du règlement intérieur ;
- identifier les limites de son champ d'intervention dans des situations de crise, de violence en prenant du recul par rapport à la personne et à sa situation.

UNITÉ 6

Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifiques aux établissements sanitaires, sociaux et médicosociaux

Savoir-faire :

- identifier et choisir le matériel et les produits appropriés ;
- doser et utiliser les produits en fonction des procédures et des fiches techniques ;
- utiliser les techniques de nettoyage appropriées, notamment pour lutter contre les infections nosocomiales, en appliquant les protocoles et les règles d'hygiène et de sécurité ;

- identifier et respecter les circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets ;
- installer le mobilier et le matériel de la chambre en l'adaptant à l'état de la personne ;
- utiliser les techniques de rangement et de stockage adaptées ;
- apprécier l'efficacité des opérations d'entretien et identifier toute anomalie ;
- repérer toute anomalie dans le fonctionnement des appareils médicaux et alerter.

UNITÉ 7

Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins

Savoir-faire :

- identifier et rechercher les informations nécessaires sur les précautions particulières à respecter lors d'un soin et permettant de prendre en compte la culture du patient, ses goûts, son régime...
- transmettre les informations liées à la réalisation du soin et alerter en cas d'anomalie par oral, par écrit ou en utilisant les outils informatisés ;
- s'exprimer au sein de l'équipe de soin en utilisant un langage et un vocabulaire professionnel ;
- renseigner des documents assurant la traçabilité des soins en appliquant les règles ;
- rechercher et organiser/hierarchiser l'information concernant le patient ;
- discerner les informations à transmettre dans le respect des règles déontologiques et du secret professionnel.

UNITÉ 8

Organiser son travail au sein d'une équipe pluriprofessionnelle

Savoir-faire :

- identifier son propre champ d'intervention en particulier au regard des compétences infirmières ;
- organiser sa propre activité au sein de l'équipe en tenant compte de la planification de l'ensemble des activités du service et dans le respect des règles d'hygiène ;
- utiliser les outils de planification du service pour organiser sa propre activité.

Annexe IV : Extraits du Code de déontologie des sages-femmes

Sous-section 1 : Devoirs généraux des sages-femmes.

Article R.4127-301 du code de la santé publique

Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012

Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent aux sages-femmes inscrites au tableau de l'ordre, aux sages-femmes exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L.4112-7 ainsi qu'aux étudiants sages-femmes mentionnés à l'article L.4151-6.

Article R.4127-302 du code de la santé publique

La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé.

Article R.4127-303 du code de la santé publique

Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris.

La sage-femme doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.

La sage-femme doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses dossiers médicaux et de tout autre document, quel qu'en soit le support, qu'elle peut détenir ou transmettre concernant ses patientes. Lorsqu'elle se sert de ses observations médicales pour des publications scientifiques, elle doit faire en sorte que l'identification des patientes ne soit pas possible.

Article R.4127-304 du code de la santé publique

Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012

La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L.4153-1 et L.4153-2.

Dans le cadre de son exercice professionnel, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs.

Article R.4127-305 du code de la santé publique

La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant.

Article R.4127-306 du code de la santé publique

La sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit.

La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque la patiente est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent être prévenus et informés, sauf urgence, impossibilité ou lorsque la sage-femme peut légitimement supposer que cette information irait à l'encontre des intérêts de la patiente ou de l'enfant.

Article R.4127-307 du code de la santé publique

Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012

La sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

La rémunération de la sage-femme ne peut être fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou sur tout autre critère qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de l'indépendance professionnelle de la sage-femme ou une atteinte à la qualité des soins.

Article R.4127-309 du code de la santé publique

La sage-femme doit disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants.

En aucun cas, la sage-femme ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux.

Article R.4127-312 du code de la santé publique

La sage-femme est libre dans ses prescriptions dans les limites fixées par l'article L. 4151-4. Elle doit dans ses actes et ses prescriptions observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des soins et l'intérêt de sa patiente.

Article R.4127-313

Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités.

Article R.4127-314 du code de la santé publique

La sage-femme doit s'interdire dans les investigations ou les actes qu'elle pratique comme dans les traitements qu'elle prescrit de faire courir à sa patiente ou à l'enfant un risque injustifié.

La sage-femme ne peut proposer aux patientes ou à leur entourage, comme salutaires ou efficaces, des remèdes ou des procédés insuffisamment validés sur le plan scientifique.

Article R.4127-315 du code de la santé publique

Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires sont donnés.

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

Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012

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

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

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

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

a) L'échographie gynéco-obstétricale ;

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

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

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

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

Article R.4127-320 du code de la santé publique

Est interdite à la sage-femme toute facilité accordée à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine ou de la profession de sage-femme.

Article R.4127-324 du code de la santé publique

La sage-femme peut participer, sous la direction d'un médecin, au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique.

Conformément aux dispositions des articles L.2212-8 et L. 2213-2, aucune sage-femme n'est tenue de concourir à une interruption volontaire de grossesse.

Sous-section 2 : Devoirs envers les patientes et les nouveau-nés.

Article R.4127-325

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 R.4127-326 du code de la santé publique

La sage-femme doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes les plus appropriées et, s'il y a lieu, en s'entourant des concours les plus éclairés.

Article R.4127-327 du code de la santé publique

La sage-femme doit prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci.

Article R.4127-328 du code de la santé publique

Hors le cas d'urgence et sous réserve de ne pas manquer à ses devoirs d'humanité ou à ses obligations d'assistance, une sage-femme a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

La sage-femme peut se dégager de sa mission, à condition de ne pas nuire de ce fait à sa patiente ou à l'enfant, de s'assurer que ceux-ci seront soignés et de fournir à cet effet les renseignements utiles.

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins doit être assurée.

Article R.4127-329 du code de la santé publique

En cas de danger public, une sage-femme ne peut abandonner ses patientes et les nouveau-nés, sauf ordre formel donné par une autorité qualifiée conformément à la loi.

Article R.4127-330 du code de la santé publique

Sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5, une sage-femme appelée à donner des soins à une mineure ou à une incapable majeure doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, ou si ceux-ci ne peuvent être joints, elle doit donner les soins nécessaires.

Dans tous les cas, la sage-femme doit tenir compte de l'avis de la mineure et, dans toute la mesure du possible, de l'incapable.

Article R.4127-334 du code de la santé publique

La sage-femme doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Elle doit veiller à la bonne compréhension de celles-ci par la patiente et son entourage. Elle doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement.

Paragraphe 2 : Exercice salarié.

Article R.4127-348 du code de la santé publique

Le fait pour une sage-femme d'être liée dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels, et en particulier à ses obligations concernant l'indépendance de ses décisions et le respect du secret professionnel.

En aucune circonstance la sage-femme ne peut accepter de la part de son employeur de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où elle exerce, elle doit

toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patients et des nouveau-nés.

Sous-section 5 : Devoirs vis-à-vis des membres des autres professions de santé.

Article R.4127-359 du code de la santé publique

Les sages-femmes doivent entretenir de bons rapports, dans l'intérêt des patientes, avec les membres des professions de santé. Elles doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci.

Article R.4127-361 du code de la santé publique

Dès que les circonstances l'exigent, la sage-femme doit proposer la consultation d'un médecin.

Elle doit accepter toute consultation d'un médecin demandée par la patiente ou son entourage.

Dans l'un et l'autre cas, elle peut proposer le nom d'un médecin mais doit tenir compte des désirs de la patiente et accepter, sauf raison sérieuse, la venue du médecin qui lui est proposé.

Si la sage-femme ne croit pas devoir souscrire au choix exprimé par la patiente ou son entourage, elle peut se retirer lorsqu'elle estime que la continuité des soins est assurée.

Elle ne doit à personne l'explication de son refus.

Article R.4127-362 du code de la santé publique

Après la consultation ou l'intervention du médecin appelé, la sage-femme reprend, en accord avec la patiente, la direction des soins sous sa propre responsabilité.

Annexe V : Comparaison des sanctions disciplinaires au sein de la fonction publique hospitalière et territoriale

	Fonction publique hospitalière	Fonction publique territoriale
<u>Premier groupe</u>	<ul style="list-style-type: none"> - L'avertissement, - Le blâme 	<ul style="list-style-type: none"> - L'avertissement - Le blâme - L'exclusion temporaire de fonctions pour une durée maximale de trois jours
<u>Deuxième groupe</u>	<ul style="list-style-type: none"> - La radiation du tableau d'avancement, - L'abaissement d'échelon, - L'exclusion temporaire de fonctions pour une durée maximale de quinze jours 	<ul style="list-style-type: none"> - L'abaissement d'échelon - L'exclusion temporaire de fonctions pour une durée de quatre à quinze jours
<u>Troisième groupe</u>	<ul style="list-style-type: none"> - La rétrogradation, - L'exclusion temporaire de fonctions pour une durée de trois mois à deux ans 	<ul style="list-style-type: none"> - La rétrogradation - L'exclusion temporaire de fonctions pour une durée de seize jours à deux ans
<u>Quatrième groupe</u>	<ul style="list-style-type: none"> - La mise à la retraite d'office - La révocation 	<ul style="list-style-type: none"> - La mise à la retraite d'office - La révocation

Glossaire

CSP: Code de la Santé Publique

DPC: Développement Professionnel Continu

HAS: Haute Autorité de Santé

HPST: Hôpital, Patients, Santé et Territoires (loi du 21 juillet 2009)

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

IPDE : Infirmière puéricultrice Diplômée d'Etat

AP : Auxiliaire de puériculture

AS : Aide-soignant

ESF : étudiant(e) sage-femme

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

Résumé :

Un acte médical ou de soin, ne peut être effectué que par un professionnel compétent c'est-à-dire ayant acquis la possibilité de pratiquer cet acte par l'obtention de son diplôme. Cependant, en maternité, il arrive que certains actes soient délégués à d'autres professionnels n'ayant pas les compétences, au sens de la loi, pour les effectuer. Pourquoi les sages-femmes délèguent des actes pouvant engager leur responsabilité médico-légale ? Les hypothèses avancées pour répondre à cet objectif ont été que les sages-femmes manquent d'informations sur les actes pouvant être réalisés par chacun des professionnels de leur équipe, mais aussi qu'elles sont insuffisamment informées sur les différents types de responsabilités juridiques de leur profession en cas de plainte.

Pour répondre à cette problématique, une étude par questionnaires comportant des questions à choix multiples et des vignettes cliniques a été menée dans plusieurs maternités d'île de France

Les résultats ont montré qu'aucune sage-femme ne connaît exactement le champ de compétences des infirmières, auxiliaires de puériculture ou aide-soignante. De même, les sages-femmes ont conscience qu'il existe un risque pour elles dans certaines situations mais ne savent pas l'identifier et évaluer ses implications.

Abstract :

A medical treatment can be performed only by a skilful professional, that is to say, have possessed by graduation, the possibility to do this act. However, in maternity ward, it happens that some medicals treatments are delegated to other professionals, not having the necessary skill to make them, according to the law. Why midwives delegate medicals acts which can engage their forensic responsibility? To answer to this objective, two hypotheses are given. On the one hand, midwives miss details about medical care that can be realised by other professionals. And on the other hand, midwives are also not enough informed in case of complaint of someone, on different types of legal responsibility of their profession.

The problematic's answer was realised by a multiple-choice questionnaire with some clinical vignette study, sent to several maternity wards of Ile-de-France, in France.

The results showed that none midwives know exactly the area of expertise of nurses, childcare assistant or nursing auxiliary. Furthermore, midwives are aware about the risk that they take in certain situations, but they don't know how to identify it and evaluate its implications.

Mots clefs :

- Champ de compétence
- Responsabilité médico-légale
- Délégation

Nombres de pages : 52

Nombres d'annexes : 5

Nombres de références bibliographiques : 95