



**HAL**  
open science

**Le risque médico-légal en salle de naissance :  
connaissances et ressenti des sages-femmes hospitalières :  
étude multicentrique descriptive réalisée au sein de neuf  
établissements du Réseau Méditerranée**

Romane Begon

► **To cite this version:**

Romane Begon. Le risque médico-légal en salle de naissance : connaissances et ressenti des sages-femmes hospitalières : étude multicentrique descriptive réalisée au sein de neuf établissements du Réseau Méditerranée . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01689560

**HAL Id: dumas-01689560**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01689560>**

Submitted on 22 Jan 2018

**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.

---

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS  
Faculté de Médecine  
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

---

---

**Le risque médico-légal en salle de naissance : connaissances et ressenti des  
sages-femmes hospitalières**

Etude multicentrique descriptive réalisée au sein de neuf établissements du Réseau  
Méditerranée

---

Romane BEGON  
Née le 8 Mai 1993  
A Chatenay-Malabry, 92

Mémoire présenté et soutenu le 12 Juin 2017  
Directeur de mémoire : Professeur associé Georges-Fabrice BLUM

---

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME  
2017

---



---

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS  
Faculté de Médecine  
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

---

---

**Le risque médico-légal en salle de naissance : connaissances et ressenti des  
sages-femmes hospitalières**

Etude multicentrique descriptive réalisée au sein de neuf établissements du Réseau  
Méditerranée

---

Romane BEGON  
Née le 8 Mai 1993  
A Chatenay-Malabry, 92

Mémoire présenté et soutenu le 12 Juin 2017  
Directeur de mémoire : Professeur associé Georges-Fabrice BLUM

---

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME  
2017

---

## REMERCIEMENTS

A mon directeur de mémoire, Pr Georges-Fabrice Blum, pour sa disponibilité, son encadrement et son aide précieuse dans la réalisation de ce travail.

A Mme Maccagnan, directrice de l'école de sages-femmes, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe pédagogique pour l'enseignement dont nous avons bénéficié au cours de ces quatre années.

A toutes les sages-femmes ayant pris de leur temps pour répondre à mon questionnaire.

A ma mère et ma sœur, pour leur amour, leur incroyable patience et leur soutien sans faille dans la réalisation de ce travail. Merci pour tout.

A Kim, Léa et Marie mes amies d'enfance qui m'accompagnent depuis le début dans les bons moments comme les mauvais. Merci d'être toujours là.

A mes amis de promotion : Alice, Mathilde, Camille T, Anne-Laure, Camille J, Antoine, Manon, Emmanuelle, Valentine et Zoé qui ont rendu ces quatre années inoubliables.

A mon père à qui je dédie ce travail.

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>1</b>
<b>ABREVIATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>PARTIE 1 : GENERALITES</b> .....	<b>8</b>
<b>1. LE RISQUE MEDICO-LEGAL</b> .....	<b>8</b>
1.1 DEFINITION .....	8
1.2 EVOLUTION DU RISQUE MEDICO-LEGAL.....	8
1.3 EVOLUTION DE LA MORBI-MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE.....	8
1.4 CONTEXTE ACTUEL.....	9
<b>2. UNE PROFESSION MEDICALE A COMPETENCES DEFINIES</b> .....	<b>12</b>
2.1 LES ACTES RELEVANT DE LA COMPETENCE DE LA SAGE-FEMME .....	13
2.2 LES PRESCRIPTIONS RELEVANT DE LA COMPETENCE DE LA SAGE-FEMME .....	14
2.3 LES OBLIGATIONS DE LA SAGE-FEMME.....	14
2.3.1 Les obligations relatives aux soins.....	15
2.3.2 Les obligations relatives à l'information et au recueil du consentement.....	15
2.3.3 Le respect du secret professionnel.....	15
<b>3. LES RESPONSABILITES DE LA SAGE-FEMME</b> .....	<b>16</b>
3.1 LA RESPONSABILITE PENALE.....	16
3.2 LA RESPONSABILITE DISCIPLINAIRE.....	17
3.3 LA RESPONSABILITE CIVILE OU ADMINISTRATIVE.....	17
<b>4. LA SAGE-FEMME HOSPITALIERE</b> .....	<b>18</b>
4.1 LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE .....	19
4.2 L'EXERCICE EN ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE.....	20
4.3 SPECIFICITE D'EXERCICE : SECTEUR PRIVE / SECTEUR PUBLIC .....	21
<b>PARTIE 2 : L'ETUDE</b> .....	<b>22</b>
<b>1. PRESENTATION DE L'ETUDE</b> .....	<b>22</b>
1.1 JUSTIFICATION DE L'ETUDE .....	22
1.2 LES OBJECTIFS.....	22
1.3 HYPOTHESES.....	23
1.4 DESCRIPTIF DE L'ETUDE.....	23

1.5	POPULATION .....	23
1.6	CONSTITUTION DU QUESTIONNAIRE .....	24
1.7	MODALITES DE DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE.....	24
1.8	TRAITEMENT DES DONNEES.....	25
<b>2.</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>25</b>
2.1	DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE .....	26
2.2	CONNAISSANCES DU CHAMP DE COMPETENCES .....	28
2.2.1	Actes relevant du champ de compétences de la sage-femme.....	29
2.2.2	Droits de prescription .....	30
2.2.3	En fonction du type d'établissement .....	31
2.2.4	En fonction du nombre d'années d'exercice.....	32
2.3	CONNAISSANCES DU RISQUE MEDICO-LEGAL .....	33
2.4	RESSENTI DES SAGES-FEMMES FACE AU RISQUE MEDICO-LEGAL.....	35
<b>PARTIE 3 :</b>	<b>ANALYSE ET DISCUSSION .....</b>	<b>40</b>
<b>1.</b>	<b>CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS.....</b>	<b>40</b>
1.1	LA POPULATION ETUDIEE .....	40
1.2	RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE .....	41
<b>2.</b>	<b>ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES EN MATIERE MEDICO-LEGALE.....</b>	<b>42</b>
2.1	ENSEIGNEMENT INITIAL.....	43
2.2	SAGES-FEMMES AYANT SUIVI UNE FORMATION COMPLEMENTAIRE SUR LE RML	44
2.3	FORMATION CONTINUE.....	44
<b>3.</b>	<b>ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DU CHAMP DE COMPETENCES .....</b>	<b>45</b>
3.1	DROITS DE PRESCRIPTION.....	46
3.2	EN FONCTION DES DIFFERENTS TYPE D'ETABLISSEMENT .....	47
3.3	EN FONCTION DE L'ANNEE D'OBTENTION DU DIPLOME .....	48
<b>4.</b>	<b>RESSENTI .....</b>	<b>48</b>
4.1	PRESSION MEDICO-LEGALE.....	48
4.2	SENTIMENT DE PROTECTION PAR L'ORGANISATION DU SERVICE.....	49
<b>CONCLUSION</b>	<b>.....</b>	<b>51</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>.....</b>	<b>I</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>.....</b>	<b>III</b>

## **ABREVIATIONS**

RML : Risque Médico-Légal

SHAM : Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles

MACSF : Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle

CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation

ICM : International Confederation of Midwives

DPC : Développement Professionnel Continu

C.H : Centre Hospitalier

C.H.I : Centre Hospitalier Intercommunal

C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée .....	26
Tableau 2 : Temps d'exercice moyen en fonction du type d'établissement.....	28
Tableau 3 : Connaissances du champ de compétences .....	29
Tableau 4 : Connaissances des droits de prescription .....	30
Tableau 5 : Scores des sages-femmes pour les droits de prescription.....	30
Tableau 6 : Connaissances du champ de compétences en fonction du type d'établissement...	31
Tableau 7 : Connaissances du champ de compétences en fonction du temps d'exercice .....	32
Tableau 8 : Connaissances du risque médico-légal.....	33
Tableau 9 : Documents à valeur juridique.....	34
Tableau 10 : Connaissances du RML des sages-femmes ayant suivi une formation complémentaire.....	34
Tableau 11 : Ressenti des sages-femmes en fonction du type d'établissement.....	38
Tableau 12 : Sentiment de protection par le service en fonction de l'exercice privé ou public .....	39
Figure 1 : Répartition en nombre et en coût des réclamations pour sinistres corporels, SHAM .....	10
Figure 2 : Top 10 des sommes d'indemnisations les plus élevées par spécialité ou activité ....	10
Figure 3 : Types des déclarations sur l'année 2015, MACSF .....	11
Figure 4 : Coût des condamnations en 2013, MACSF .....	12
Figure 5 : Répartition des sages-femmes en fonction des maternités .....	27
Figure 6 : Niveau de la pression médico-légale en salle de naissance.....	35
Figure 7 : Ressenti sur l'augmentation de la conscience médico-légale .....	35
Figure 8 : Sentiment de protection par l'organisation du service.....	36
Figure 9 : Satisfaction de la formation initiale.....	36
Figure 10 : Désir de mise en place d'une formation continue.....	37

# INTRODUCTION

De nos jours, le changement de lien unissant le soignant et le soigné est un réel constat, évoluant vers un contrat entre le corps médical et les patients devenus plus clients de soins. On assiste à une judiciarisation croissante de la société de soins et ainsi à un développement important de la notion de risque médico-légal.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la France dénombre 22 300 sages-femmes en activité, dont une forte majorité exerce en milieu hospitalier, public ou privé. [1] Elles réalisent 80% des accouchements et sont donc premier acteur de la naissance, confrontées à tout type de situation, qu'elle soit physiologique ou non. [2] De plus, 80% des sinistres en obstétrique surviennent au cours de l'accouchement. [3]

Mon expérience personnelle acquise au cours de nos cinq années d'études et au travers des différents stages effectués m'a amenée à m'interroger sur le risque médico-légal ainsi qu'au stress que l'on peut ressentir face à ce risque.

L'objectif principal de ce mémoire est de faire un état des lieux des connaissances médico-légale en salle de naissance des sages-femmes hospitalières. Nous nous sommes aussi fixés trois objectifs secondaires qui sont d'évaluer les connaissances des professionnels sur leurs compétences légales en salle de naissance, connaître leur ressenti quant au risque médico-légal et évaluer s'il y a une différence de ressenti entre les sages-femmes en fonction de leur lieu d'exercice.

Ce travail s'organise en trois parties. La première permet de développer la notion de risque médico-légal dans le contexte actuel, préciser les compétences des sages-femmes, puis exposer les différents types de responsabilités et enfin faire un point sur la sage-femme hospitalière. La seconde est consacrée à l'étude réalisée avec sa méthodologie et ses résultats afin de répondre aux différents objectifs fixés. Enfin, la dernière partie mènera vers une analyse et une discussion des résultats observés afin de vérifier les hypothèses émises et proposer d'éventuelles actions d'amélioration.

# **PARTIE 1 : GENERALITES**

## **1. LE RISQUE MEDICO-LEGAL**

### **1.1 DEFINITION**

Le risque médico-légal (RML) concerne tout ce qui est relatif à la législation médicale. Il s'agit de « faciliter la découverte de la vérité, suite à un événement considéré comme un mal ou un dommage, par un tribunal civil ou pénal (expertise médico-légale) ou de préparer certaines dispositions légales, réglementaires ou administratives (certificat médico-légal) » [4]

### **1.2 EVOLUTION DU RISQUE MEDICO-LEGAL**

Depuis le milieu du siècle dernier, la notion de RML s'est considérablement développée suite à la mise en cause des médecins sur le plan judiciaire et fait désormais partie intégrante de la pratique médicale, tout particulièrement en gynécologie-obstétrique. Les obstétriciens sont souvent mis en cause mais la responsabilité de la sage-femme est de plus en plus engagée. [5] Les statistiques montrent que le nombre de poursuites civiles, pénales ou administratives augmente chaque année même si le nombre de condamnations reste faible. [6] [7]

Cette évolution importante est le fait d'un changement du lien unissant le soignant à son patient. Autrefois il s'agissait d'un contrat moral basé sur la confiance réciproque, le malade faisait à priori confiance à son médecin tout en étant conscient des limites de la médecine. De nos jours, du fait des progrès médicaux et scientifiques, d'un accès plus facile à la connaissance scientifique, d'une plus grande matérialisation de la société... les malades ne se considèrent plus comme patients mais comme clients de soins. On se rend alors compte de l'existence d'un réel contrat entre le corps médical et les patients.

### **1.3 EVOLUTION DE LA MORBI-MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE**

La baisse importante de la morbi-mortalité maternelle et néonatale entraîne l'impression d'une naissance médicalement maîtrisée ne laissant pas de place à l'incident [8].

Selon l’OMS, entre 1990 et 2015 la mortalité maternelle (nombre de décès liés à la maternité pour 100 000 naissances vivantes) a pratiquement diminué de 44% à l’échelle mondiale [9]. En trente ans en France, de 1947 à 1977, le taux de mortalité maternelle est passé de 85,5 à 16,3 [10]. De nos jours ce taux fluctue d’une année sur l’autre du fait de la rareté du phénomène mais on constate une tendance générale toujours à la baisse (11,9 en 1991 ; 8,8 en 2007). [11] De même en trente ans, de 1976 à 2006, la mortalité néonatale précoce a diminué de 5 à moins de 2 pour 1000 naissances. [12]

Paradoxalement, on a assisté à une nette augmentation du nombre de procès, comme le montre une étude faite au sein du service de gynécologie-obstétrique du CHU Nord-de-Marseille entre 1997 et 2010. En effet les résultats de ce travail décrivent une multiplication par trois de la fréquence des litiges en une décennie [13].

Au cours des dernières années le nombre de procès a tendance à se stabiliser.

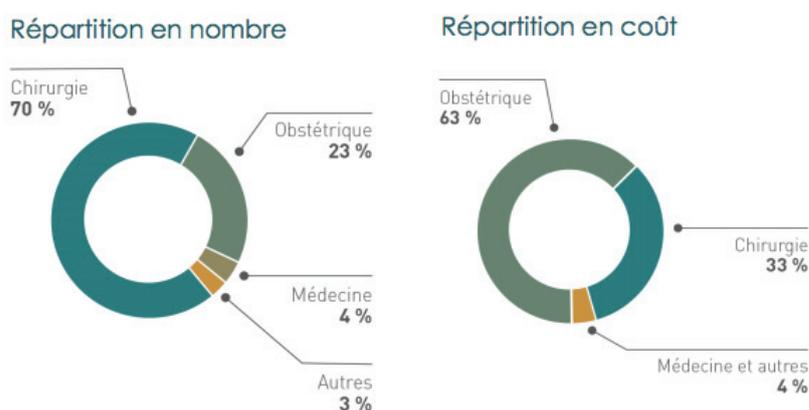
#### 1.4 CONTEXTE ACTUEL

Très peu de chiffres précis existent au sein des tribunaux français quant au nombre de dossiers ayant incriminés les sages-femmes. En effet, ils ne sont pas forcément jugés par les mêmes juridictions et certains dossiers sont traités par plusieurs d’entre elles. Ainsi une analyse des rapports d’activité de deux grandes assurances privées (la SHAM et le Sou Médical – MACSF) est proposée afin de faire un état des lieux du contexte actuel.

La Société Hospitalière d’Assurances Mutuelles (SHAM) est une société d’assurance mutuelle spécialisée dans l’assurance et le management des risques des acteurs de la santé, du social et du médico-social. Elle assure donc aussi bien les établissements privés et publics que les professionnels de santé. Elle est aujourd’hui le premier assureur de Responsabilité Civile Médicale en France et assure, via les établissements de santé, près de 2 accouchements sur 3. [14]

Le Sou Médical – MACSF (Mutuelle d’Assurances du Corps de Santé Français) est une assurance privée qui couvre, pour leur Responsabilité Civile Professionnelle (RCP), 77% des sages-femmes en exercice pour l’année 2015. [15] [16]

Selon le bilan des risques de l'année 2015 élaboré par la SHAM, le nombre de réclamations Responsabilité Civile Médicale a doublé en 15 ans et a augmenté de plus de 30% sur les cinq dernières années. [17] Concernant les réclamations pour sinistres corporels en nombre la chirurgie est la spécialité la plus mise en cause, cependant l'obstétrique est la plus coûteuse. [3]



**Figure 1 :** Répartition en nombre et en coût des réclamations pour sinistres corporels, SHAM

De même, en 2014, concernant les décisions civiles, la MACSF établit un classement des sommes d'indemnisations les plus élevées par spécialité. L'obstétrique est là encore la plus coûteuse. [16]

Spécialité ou activité	Total indemnisations 2014 (en k€)*
Obstétrique	4 472
Chirurgie	3 723
Cliniques	3 632
Anesthésie-réanimation	3 572
Médecine générale	2 860
Chirurgie-dentaire	2 212
Gastro-entérologie	1 053
Radiologie	819
Ophthalmologie	685
Radiothérapie	471

\*Provisions incluses



**Figure 2 :** Top 10 des sommes d'indemnisations les plus élevées par spécialité ou activité

La spécificité du risque en obstétrique est le fait d'accidents très mal vécus aux conséquences graves.

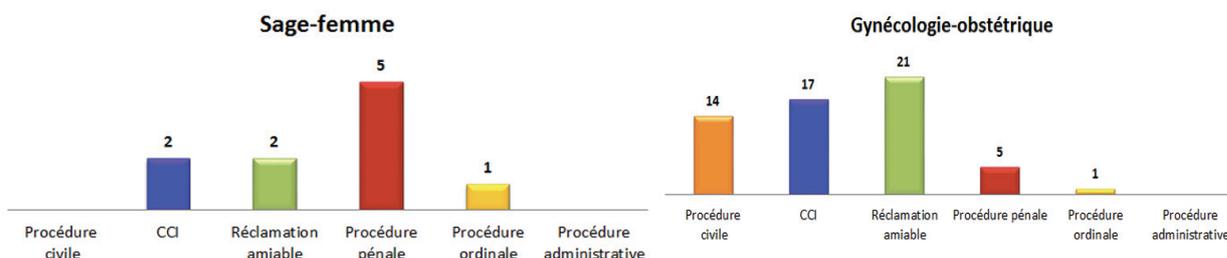
Selon le bilan des risques médicaux légaux de 2011, la SHAM notifie 39 décisions de justice dépendant de l'obstétrique où la responsabilité de l'établissement de santé a été retenu : 30 condamnations pour faute médicale, 4 pour infections nosocomiales, 2 pour défaut

d'organisation et de fonctionnement du service. [18] D'après leur rapport d'analyse des pratiques professionnelles, la grande majorité des sinistres en obstétrique survient au cours de l'accouchement (environ 80%) avec comme principales complications :

- la souffrance fœtale aigue
- la dystocie des épaules
- l'hémorragie de la délivrance
- les complications de l'accouchement.

Les sinistres surviennent également lors d'un suivi de la grossesse non conforme aux règles (15%), comme l'absence de diagnostic de malformations fœtales, le défaut de suivi du diabète gestationnel, et lors du post-partum (environ 5%). [3]

Au sein du rapport annuel sur le risque en santé de 2015, la MACSF réfère 20 déclarations incriminant des sages-femmes (dont 10 sans suites), contre 15 en 2014, 11 en 2013 et 7 en 2012. En gynécologie-obstétrique, on compte 68 déclarations en 2015 (dont 10 sans suites), contre 92 en 2014 et 76 en 2013. [19] [20]



**Figure 3 :** Types des déclarations sur l'année 2015, MACSF

On note une particularité des déclarations concernant la profession de sage-femme, beaucoup de plaintes sont faites au pénal. C'est-à-dire qu'il y a plus une recherche de la sanction du professionnel que de la réparation au travers d'indemnisations.

Dans leur rapport de 2013, on remarque que la sage-femme fait partie des dix plus forts coûts d'indemnisation judiciaires. [21]

	Total des indemnisations, provisions incluses (en €)
Médecine générale	5 205 188
Anesthésie-réanimation	4 900 874
Chirurgie	4 630 776
Sage-femme	3 266 150
Obstétrique	2 826 487
Clinique	2 809 710
Cardiologie	1 984 548
Gynécologie	1 533 410
Ophthalmologie	1 209 446
Gastro-entérologie	993 556

**Figure 4 :** Coût des condamnations en 2013, MACSF

Il apparaît donc indispensable que les sages-femmes se tiennent informées des compétences légales qui leur sont attribuées et de leurs responsabilités.

## 2. UNE PROFESSION MEDICALE A COMPETENCES DEFINIES

La définition internationale de la sage-femme de l'International Confederation of Midwives (ICM) est la suivante :

*« Une sage-femme est une personne qui a réussi un programme de formation des sages-femmes dûment reconnu dans le pays où il est enseigné et qui est basé sur les Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM et le cadre des Normes globales pour la formation des sages-femmes de l'ICM; qui a obtenu les diplômes requis pour être enregistrée et/ou avoir le droit d'exercer légalement la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de 'sage-femme' ; et démontre la maîtrise des compétences du métier de sage-femme » [22]*

La sage-femme peut être : salariée du secteur privé ou public, libérale ou territoriale selon l'article L4151-5 du code de la santé publique. Dotées d'un pouvoir diagnostique et d'un

droit de prescription, les sages-femmes forment une profession médicale à compétences définies. Elles ne doivent pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent leurs compétences professionnelles ou dépassent leurs possibilités sous peine d'engager leur responsabilité devant les juges et le conseil de l'ordre. [23] Le champ d'intervention des sages-femmes auprès des femmes, des nouveau-nés ainsi que de l'entourage est établi par le Code de la Santé Publique.

Toute sage-femme doit donc respecter le cadre général de ses compétences définies par la loi ainsi que sa propre capacité de par sa formation et son expérience professionnelle.

## 2.1 LES ACTES RELEVANT DE LA COMPETENCE DE LA SAGE-FEMME

La sage-femme est juridiquement autorisée à effectuer seuls certains actes strictement définis. Ils sont détaillés au sein du Code de la Santé Publique et du Code de déontologie.

L'article L.4151-1 modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 fixe limitativement la compétence de la sage-femme. (Annexes 1 et 2)

Ainsi, elle assure les actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance et au suivi médical de la grossesse, elle réalise des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elle assure également la surveillance et la pratique de l'accouchement en toute autonomie. Elle peut pratiquer les soins postnataux de la mère et de l'enfant.

La sage-femme est également amenée à pratiquer des consultations de contraception et réaliser le suivi gynécologique de prévention tout au long de la vie des femmes.

Depuis peu, elle est autorisée à pratiquer l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, ainsi qu'à prescrire et pratiquer la vaccination de la femme, du nouveau-né et aussi celles des personnes vivant dans leur entourage.

De plus, la loi de Bioéthique n°2011-814 du 7 juillet 2011 accorde aux sages-femmes l'autorisation de concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions définies par décret (Décret n° 2012-885 du 17 juillet 2012).

Les compétences de la sage-femme sont également détaillées dans le code de déontologie, [24] inclus dans le Code de la Santé Publique avec notamment l'article R.4127-318 qui reprend les actes qu'elle peut réaliser (Annexe 3).

L'article L.4151-3 du Code de la Santé Publique stipule que la sage-femme doit faire appel à un médecin en cas :

- de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches
- d'accouchement dystocique.

L'article R.4127-325 de ce même code précise qu'elle doit appeler un médecin lorsque la famille l'exige. Cependant cet article décrit également qu'en cas de force majeure, notamment en l'absence de médecin ou pour faire face à un danger immédiat, la sage-femme doit dispenser les soins nécessaires.

Il est donc important de souligner que l'exercice de la sage-femme est restreint à la physiologie gynécologique, obstétricale et pédiatrique.

## 2.2 LES PRESCRIPTIONS RELEVANT DE LA COMPETENCE DE LA SAGE-FEMME

La sage-femme est libre de ses prescriptions dans la limite de ses compétences. Ainsi, les sages-femmes peuvent prescrire des dispositifs médicaux (liste fixée par l'autorité administrative, Annexe 4), les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession et des médicaments figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre de la santé (Annexe 5 à 8). De plus, depuis peu elles peuvent également prescrire des substituts nicotiques à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale, ainsi que des vaccins à la femme, au nouveau-né et à leur entourage proche. (Article L.4151-4 modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016)

## 2.3 LES OBLIGATIONS DE LA SAGE-FEMME

Comme toute profession médicale, la sage-femme est soumise à un certain nombre d'obligations professionnelles. Elles sont principalement liées au développement des droits des patients. [25]

### 2.3.1 Les obligations relatives aux soins

Dans le cadre de sa profession, la sage-femme doit respecter le droit de toute patiente à l'accès à la prévention et aux soins sans aucune discrimination. Elle doit intervenir uniquement dans le cadre de ses compétences professionnelles légalement définies. Elle doit dispenser des soins conformes aux données acquises de la science de façon continue, de manière personnalisée et sécuritaire. De plus, la sage-femme a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, elle est soumise à une obligation de développement professionnel continu (DPC). [26] [27] [28] [29]

### 2.3.2 Les obligations relatives à l'information et au recueil du consentement

La sage-femme est soumise à une obligation d'information sur l'état de santé, ainsi que sur les investigations, traitements ou actions de prévention qu'elle propose à ses patientes ; et doit pouvoir en apporter la preuve. Cette information doit être claire, accessible, intelligible, loyale, complète et comprise. [30]

### 2.3.3 Le respect du secret professionnel

Il consiste en la non divulgation à des tierces personnes d'informations et/ou de tout renseignement non seulement d'ordre médical mais aussi ce qui relève de la vie privée de la patiente. [31] Le code de déontologie rappelle qu'il est institué dans l'intérêt des patientes. Le secret professionnel couvre toutes les informations dont la sage-femme a eu connaissance dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été dit mais aussi ce qu'elle a vu, entendu, lu, compris ou déduit. [25]

On distingue des exceptions quant au respect du secret professionnel :

- la loi instaure, sauf opposition de la part de la patiente, la notion de secret partagé entre les professionnels de santé dans l'intérêt de la patiente ou lorsque cette dernière est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé. (Article L.1110-4 du Code de la Santé publique).
- l'information aux autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou sévices infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger

en raison de son incapacité physique ou psychique (Articles R.4127-316 du Code de la santé publique et 226-14 du Code pénal)

- une sage-femme requise pour examiner une personne privée de liberté doit informer l'autorité judiciaire lorsqu'elle constate que cette personne ne reçoit pas les soins nécessaires, ou a subi des sévices ou de mauvais traitement. (Article R.4127-317 du Code de la Santé Publique)
- si la vie de la mère ou de l'enfant est en péril, sauf opposition de la part de la patiente, la sage-femme peut prévenir la (les) personne(s) désignée(s) par la patiente pour qu'elle(s) puisse(nt) prendre les décisions nécessaires. (Article L.1110-4 et R.4127-332 du Code de la Santé publique).

### **3. LES RESPONSABILITES DE LA SAGE-FEMME**

La responsabilité est l'obligation ou nécessité morale ou juridique de répondre de ses actes, se porter garant de ses actions et d'en supporter les conséquences. [4] [32]

Les responsabilités de la sage-femme sont multiples : civile ou administrative, disciplinaire ou pénale. Elles ne sont pas spécifiques à la profession mais sont importantes à définir afin de comprendre de quels cadres juridiques dépend la sage-femme. [7]

#### **3.1 LA RESPONSABILITE PENALE**

Comme tout citoyen la sage-femme risque d'être pénalement sanctionnée si elle enfreint le Code pénal (par exemple : exercice illégal de la profession de sage-femme, violation du secret médical, atteintes involontaires à l'intégrité de la personne...)

La responsabilité pénale est personnelle et individuelle. Elle s'exerce aussi bien dans le cadre hospitalier que libéral. Ainsi la sage-femme ne peut être poursuivie devant le juge pénal que pour des actes qu'elle a elle-même accomplis ou omis d'accomplir et non pour une infraction commise par une autre personne (sauf complicité). Si sa culpabilité est reconnue, elle devra elle-même payer l'amende ou être emprisonnée, il n'existe pas de système assurantiel pour la responsabilité pénale. [5] [25]

Selon l'infraction commise (contravention, délit ou crime), la sage-femme peut être assignée devant le tribunal de police, le tribunal correctionnel ou la Cour d'Assise. Il est possible de faire appel et de se pourvoir en cassation auprès de la Cour de Cassation.

Les principales violations du Code pénal applicables aux sages-femmes sont :

- les fautes « contre l'humanisme » : non-assistance à personne en péril, violation du secret professionnel et la réalisation de faux certificats
- l'homicide et blessures involontaires
- l'homicide et les blessures volontaires

Chacune de ces infractions est sanctionnée par la loi (amendes et/ou emprisonnement) [25]

### 3.2 LA RESPONSABILITE DISCIPLINAIRE

La responsabilité disciplinaire est engagée lorsqu'il y a infraction au Code de déontologie. Ce code énonce les principes que les sages-femmes doivent suivre. Ces affaires sont jugées par le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes.

Les instances en charges sont : la chambre disciplinaire de première instance qui dépend des conseils inter-régionaux et la chambre disciplinaire de seconde instance ou dite chambre disciplinaire nationale qui siège auprès du Conseil National de l'Ordre.

Un pourvoi en cassation est possible auprès du conseil d'état.

Les sanctions peuvent être :

- un avertissement
- un blâme
- une interdiction temporaire d'exercer
- une interdiction temporaire d'exercer au sein des collectivités publiques
- la radiation du tableau de l'ordre (interdiction définitive d'exercer) [5] [1]

### 3.3 LA RESPONSABILITE CIVILE OU ADMINISTRATIVE

On parle de responsabilités indemnitaires. Il s'agit non pas de sanctionner la sage-femme (c'est le rôle des responsabilités pénale ou disciplinaire) mais uniquement

d'indemniser les personnes qui se disent victimes d'un acte médical. Le plaignant cherche une compensation financière via le versement de dommages et intérêts.

La responsabilité est dite civile quand elle engage une sage-femme travaillant dans le privé, le juge compétent est alors le juge civil. Elle est dite administrative si la personne est employée d'un établissement public (sages-femmes hospitalières), c'est alors le tribunal administratif qui prend en charge l'affaire. [5] [25]

Pour obtenir la réparation de son préjudice, la personne qui se dit victime doit apporter une « triple preuve » :

- preuve que la sage-femme a bien commis une « faute »
- preuve d'un dommage/préjudice pour la patiente et/ou l'enfant
- preuve d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice [25]

On constate cependant une évolution avec la notion actuelle d'aléa thérapeutique ou de préjudice lourd sans faute. [7]

Il peut s'agir d'un faute technique ou d'une violation des droits de l'homme (le plus souvent un défaut d'information). Les préjudices quant à eux peuvent être corporels, patrimoniaux, économiques, et/ou d'ordre moral. Si le lien de causalité n'est pas clairement établi, on pourra parler de perte de chance : la faute n'ayant pas entraîné directement le dommage mais n'ayant pas donné toutes les chances à la patiente et/ou à l'enfant. [25]

En cas de condamnation par un tribunal, pour une sage-femme n'exerçant pas à l'hôpital, l'indemnisation sera à la charge de son assurance professionnelle. Pour une sage-femme hospitalière, elle sera à la charge de l'assurance de l'hôpital (sauf en cas de faute détachable au service détaillée en 4.1).

#### **4. LA SAGE-FEMME HOSPITALIERE**

Selon le fichier du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, 22 300 sages-femmes étaient en activité en France au début de l'année 2016. Elles sont en grande majorité salariées du secteur hospitalier (65%) dont 53% dans le secteur public et 12% dans le secteur privé. [1]

L'activité des sages-femmes varie selon l'établissement dans lequel elles exercent. Comme expliqué précédemment, certaines responsabilités vont être engagées par les sages-femmes, peut importe leur mode d'exercice, cependant la responsabilité indemnitaires va s'appliquer différemment suivant le statut de la sage-femme. Les spécificités de la fonction publique hospitalière ainsi que celles de l'exercice en établissement de santé privé vont être détaillées.

#### 4.1 LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

A l'hôpital public, les sages-femmes dépendent du statut d'agent de la fonction publique qui est régie par la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant sur les droits et obligations des fonctionnaires, par la loi n°6-33 du 9 janvier 1986 (modifiée par le circulaire du 20 janvier 2015) portant sur les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, et par le décret n°2014-1585 du 23 décembre 2014 portant sur le statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière. [1]

Ainsi si la sage-femme, qui dispose du statut de la fonction publique, commet une faute, sa responsabilité administrative est recherchée et c'est à l'hôpital d'indemniser la victime. En effet, la sage-femme est un agent public dont les actes engagent la responsabilité de l'administration hospitalière qui l'emploie. L'établissement ne pourra pas se retourner vers l'agent pour obtenir un remboursement des dommages et intérêts versés à la victime. Ceci s'applique à toute sage-femme hospitalière qu'elle soit titulaire ou non. [33] Cependant, il existe une situation d'exception : la faute détachable du service.

##### **La faute détachable du service :**

On distingue alors deux situations :

- Soit, la faute est commise en dehors de l'exercice professionnel. Par exemple, si une sage-femme hospitalière fait un accouchement au domicile d'une patiente, l'hôpital ne sera pas tenu responsable des conséquences possibles.
- Soit, la faute est personnelle, d'une gravité exceptionnelle. Ce n'est pas la sage-femme dans son exercice mais la personne avec ses faiblesses qui ont entraînés un attitude inappropriée avec une faute d'extrême gravité. C'est l'arrêt Pelletier de 1873 qui a précisé pour la première fois la distinction entre la faute de service et la faute personnelle. Ces deux notions ont bien évolué depuis, en effet cette dernière faute est devenue très restrictive. Il s'agit de fautes d'une exceptionnelle gravité, comme la

volonté de nuire, les injures, les brutalités, l'exercice en état d'ébriété, l'abandon de poste ou le refus de se déplacer, commis dans le cadre de ses fonctions et n'ayant aucune relation avec le service. [34]

Ce sont des situations extrêmement rares, mais dans ce cas, la sage-femme sera jugée comme une personne privée par les juridictions civiles (et non administratives). Elle devra alors supporter la compensation financière nécessaire à l'indemnisation des victimes. Il apparaît alors indispensable que les sages-femmes hospitalières doivent souscrire, à titre personnel, à un contrat de RCP auprès d'un assureur qu'il l'aidera dans ces circonstances.

Les sages-femmes hospitalières sont donc soumises à des spécificités juridiques du fait de la responsabilité administrative qui dépend d'un cadre particulier.

#### 4.2 L'EXERCICE EN ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE

La sage-femme peut travailler au sein d'un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) à but non lucratif, ainsi qu'au sein d'un établissement privé à but lucratif. Dans ce cas son exercice est régi par les règles du droit du travail au même titre que tout salarié.

Selon l'article R4127-349 du Code de la Santé Publique, l'exercice de la profession de sage-femme dans un établissement privé impose l'existence d'un contrat écrit. Le professionnel est alors soumis aux ordres et directives de son employeur par l'intermédiaire de ce contrat, il se trouve dans un état de subordination. Cependant l'article R4127-348 du Code de la Santé Publique souligne le fait que ce contrat n'enlève en rien au respect des obligations et devoirs quant à l'indépendance de ses décisions et au respect du secret professionnel. La première chambre civile de la Cour de Cassation a jugé, dans un arrêt du 9 novembre 2004, 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 ». Toutefois sa responsabilité personnelle peut être engagée en cas d'abus de fonction. Là encore il apparaît indispensable que les sages-femmes exerçant dans des établissements de santé privés souscrivent à titre personnel à une RCP. [33]

#### 4.3 SPECIFICITE D'EXERCICE : SECTEUR PRIVE / SECTEUR PUBLIC

Les sages-femmes travaillant dans le secteur public peuvent en général exercer l'ensemble de leurs compétences comme exposées précédemment. Dans le secteur privé leur rôle peut être très différent. D'une manière générale, les sages-femmes salariées du privé exercent principalement sur prescription du médecin.

Une étude sur « les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privées », réalisée dans 11 régions, montre que les responsabilités médicales des sages-femmes diffèrent en fonction du lieu d'exercice, elles sont plus étendues en maternité publique qu'en maternité privée. Ces différences portent principalement sur les actes au moment de l'accouchement, dans le secteur privé c'est en général le médecin qui l'effectue même s'il est physiologique. En effet cette étude montre que toutes les sages-femmes des maternités publiques réalisent les accouchements eutociques pour une grossesse normale contre 77,3% et 89,9% pour les sages-femmes de maternités privées respectivement à but lucratif et non lucratif. Ces différences sont présentes également pour la conduite à tenir pendant le travail et pour la surveillance des femmes en suites de couches ou en hospitalisation prénatale où la sage-femme agit sur prescription du médecin. [35]

Une autre étude sur les « Lieux d'exercice et activités des sages-femmes dans le domaine périnatale » réalisée également dans 11 régions montre une insatisfaction de la part des sages-femmes. En effet dans les maternités privées, 32% des sages-femmes déclarent que leurs compétences sont souvent ou assez souvent sous-utilisées, contre 14% en maternités publiques. [35] [36]

## **PARTIE 2 : L'ETUDE**

### **1. PRESENTATION DE L'ETUDE**

#### **1.1 JUSTIFICATION DE L'ETUDE**

L'analyse des différents rapports d'activité, études et articles cités précédemment montrent une augmentation certaine des sinistres en obstétrique au cours de ces dernières années, induisant une nécessité des professionnels de santé à acquérir une connaissance du risque médico-légal.

Dans ce but, par l'intermédiaire d'un questionnaire, une étude a été réalisée auprès des sages-femmes afin d'évaluer cette connaissance.

En accord avec les données récoltées par la SHAM selon lesquelles la grande majorité des sinistres en obstétriques surviennent au cours de l'accouchement (80%) [3], afin d'assurer sa pertinence, l'étude se concentre sur le risque médico-légal en salle de naissance.

#### **1.2 LES OBJECTIFS**

L'objectif principal de l'étude est de faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes hospitalières concernant le risque médico-légal en salle de naissance.

Trois objectifs secondaires ont été définis :

- faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes concernant leur champ de compétences en salle de naissance
- connaître le ressenti des sages-femmes sur le risque médico-légal
- évaluer s'il y a une différence de ressenti des sages-femmes en fonction de leur lieu d'exercice

### 1.3 HYPOTHESES

- les sages-femmes ont peu de connaissances concernant le RML
- peu de sages-femmes ont suivi une formation complémentaire par rapport au RML
- les sages-femmes ne connaissent pas pleinement leur champ de compétences
- les connaissances du champ de compétences dépendent du temps d'exercice de la profession
- la conscience de ce risque est plus forte en maternité de type 3
- les sages-femmes exerçant dans un établissement privé se sentent plus exposées au RML, moins protégées

### 1.4 DESCRIPTIF DE L'ETUDE

L'enquête réalisée est multicentrique quantitative descriptive.

### 1.5 POPULATION

Afin de répondre aux différents objectifs, des questionnaires ont été distribués aux sages-femmes salariées du secteur public et du privé.

Au sein du Réseau Méditerranée, neuf établissements de type différents ont été choisis :

- CHU de Nice, l'Archet II (type III)
- CH Princesse Grace de Monaco (type II)
- CH Antibes – Juan-les-Pins (type II)
- Hôpital de Cannes (type II)
- CH Générale de Grasse Clavary (type II)
- CHI Fréjus Saint-Raphaël (type II)
- Clinique Saint George (type I)
- Polyclinique Santa Maria (type I)
- Polyclinique Saint-Jean (type I)

Les professionnels n'ayant pas fait de garde en salle de naissance l'année passée sont exclus de l'étude.

## 1.6 CONSTITUTION DU QUESTIONNAIRE

L'étude a été menée à l'aide d'un questionnaire (Annexes 9 et 10) inspiré d'un mémoire sur le même thème, « Connaissances et Perception du risque médico-légal en salle de naissances par des sages-femmes hospitalières », fait par une étudiante sage-femme de Angers en 2013. [37]

Il est constitué de questions fermées à choix unique ou multiples. Il est réparti en quatre parties avec un total de 36 questions :

- La première correspond à un volet sur les généralités concernant la sage-femme comme les lieux d'exercice et de formation, l'année d'obtention du diplôme, le recours ou non à une formation continue axée sur le risque médico-légal...
- La deuxième porte sur les connaissances du champ de compétences d'exercice de la sage-femme, elle divisée en quatre sous parties : « surveillance du travail », « analgésies / médicaments », « l'accouchement » et « la délivrance »
- La troisième porte sur les connaissances en matière médico-légale interrogeant les sages-femmes sur le cadre juridique de la profession, les différentes responsabilités engagées...
- La quatrième est axée sur le ressenti des sages-femmes face au RML.

## 1.7 MODALITES DE DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE

L'étude s'est étendue du 12 septembre 2016 au 12 décembre 2016. Le questionnaire a été envoyé par mail aux cadres des différents établissements sélectionnés. Elles ont eu la possibilité de choisir entre un partage sous forme d'un document informatisé (Google Form) ou une version imprimée. Elles ont toutes choisies ce dernier mode de distribution. Ainsi j'ai mis les questionnaires à disposition des sages-femmes dans les différents services de salle de naissance. Dans trois des établissements sélectionnés, ce sont les cadres qui se sont chargées de la distribution auprès de leur équipe.

## 1.8 TRAITEMENT DES DONNEES

Les réponses ont été recueillies anonymement puis saisies sur un logiciel de gestion des données (Excel).

Les variables qualitatives sont présentées sous forme de : n (%) ; et les variables quantitatives sous forme de moyenne + / - écart type. Les comparaisons de variables ont été réalisées grâce au logiciel en ligne BiostatGV. Afin de confronter les variables qualitatives, le test exact de Fisher a été appliqué. L'analyse de variance a été utilisée dans le but de comparer les moyennes.

## 2. RESULTATS

Au total, 126 sages-femmes ont participé à l'étude, elles répondent toutes aux critères d'inclusion.

Concernant les connaissances, les résultats ont été classés en trois catégories : « réponse exacte », « réponse fausse » et « ne sait pas ». Pour les questions à choix multiples, seule une réponse complètement exacte a été considérée comme juste.

Les résultats sont présentés en suivant l'ordre des quatre parties du questionnaire.

## 2.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

	<b>n = 126</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>AGE</b> (années) moyenne +/- DS : 35 +/- 10,3			
<b>ECOLE DE FORMATION</b>			
Nice		64	(50,8)
Marseille		8	(6,4)
Metz		7	(5,6)
Montpellier		7	(5,6)
Nancy		6	(4,8)
Autres *		34	(27,0)
<b>NOMBRE D'ANNEES D'EXERCICE</b>			
< 1 an		5	(4,0)
1 an à < 5 ans		37	(29,4)
5 ans à < 10 ans		38	(30,2)
10 ans à < 15 ans		10	(8,0)
≥ 15 ans		36	(28,6)
Temps d'exercice (années) moyen +/- DS : 11 +/- 10,5			
<b>SAGES-FEMMES AYANT UNE RCP</b>			
Oui		119	(94,4)
Non		7	(5,6)
<b>FORMATION CONTINUE RISQUE PROFESSIONNEL</b>			
Oui		4	(3,2)
Non		122	(96,8)

**Tableau 1** : Caractéristiques de la population étudiée

\* *Autres* : Angers, Alger, Besançon, Bourg-en-Bresse, Bruxelles, Caen, Lille, Lyon, Dijon, Grenoble, Nîmes, Paris, Bordeaux, Rennes, Strasbourg, Suresnes-Mont-Valérien, Tours.

Le Tableau 1 présente les principales caractéristiques des professionnels ayant participé à l'étude.

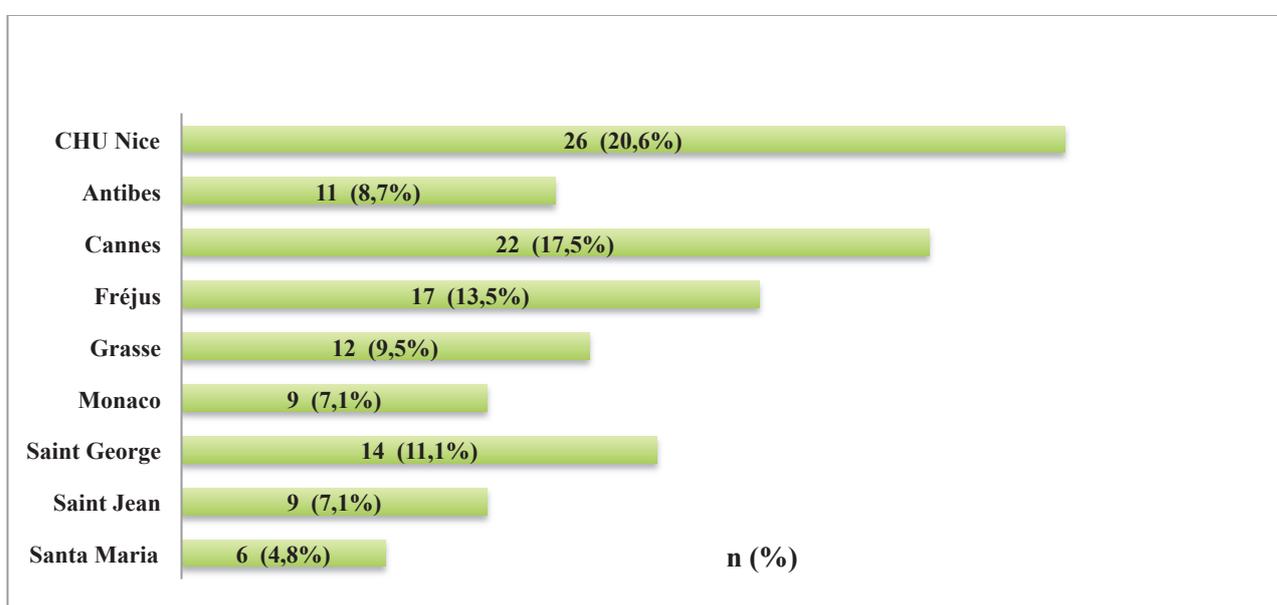
L'âge moyen des sages-femmes interrogées est de 35 ans avec des extrêmes allant de 23 à 61 ans.

Concernant l'école de formation, on note que 50,8 % ont été formées à l'école de Nice. Les écoles regroupant moins de cinq sages-femmes ont été classées dans la catégorie « Autres ».

La répartition des sages-femmes quant au temps d'exercice de leur profession est assez homogène. Seules celles qui exercent depuis 10 à 15 ans (8 %) et celles depuis moins d'un an (4 %) sont faiblement représentées. Au final les professionnels interrogés exercent leur métier en moyenne depuis 11 ans.

Concernant l'assurance RCP 94,4% déclarent en posséder une.

Par rapport à la participation à une formation continue axée sur le risque professionnel, quatre sages-femmes ont répondu en avoir suivi une, soit 3,2%. Dans ce cas, elles ont précisé l'année de cette formation : 2002, 2007 et deux en 2012.



**Figure 5 :** Répartition des sages-femmes en fonction des maternités

La répartition des professionnels en fonction de l'établissement dans lequel ils travaillent est illustrée par la Figure 5.

Pour rappel, la clinique Saint George ainsi que les Polycliniques Santa Maria et Saint Jean sont des établissements de type I. Les centres hospitaliers de Monaco, Antibes – Juan-Les-Pins, Cannes, Grasse et Fréjus – Saint-Raphaël sont des maternités de type II ; seul le CHU de Nice est un établissement de type III.

Ainsi, 20,6% des sages-femmes interrogées travaillent dans un établissement de type III, 56,4% dans un de type II et 23% dans un de type I.

TEMPS D'EXERCICE (années)	TYPE III	TYPE II	TYPE I	p-value
Moyenne	5,9	12,8	11,4	<b>&lt;0,01</b>
(+/- DS)	(+/- 6,8)	(+/- 10,2)	(+/- 12,6)	

**Tableau 2** : Temps d'exercice moyen en fonction du type d'établissement

Le Tableau 2 présente le temps d'exercice moyen des sages-femmes en fonction du type d'établissement dans lequel elles travaillent. On remarque une différence très significative entre les professionnels en maternité de type III qui exercent depuis moins longtemps avec une moyenne d'environ 6 ans contre 13 ans en type II et 11 ans en type I.

## 2.2 CONNAISSANCES DU CHAMP DE COMPETENCES

Cette partie étudie les connaissances des sages-femmes sur certaines de leurs compétences légales en salle de naissance.

Dans un premier temps, nous présenterons les résultats généraux quant aux actes et droits de prescription entrant dans le domaine de compétences de la sage-femme. Puis nous exposerons les résultats en fonction du type d'établissements dans lesquels travaillent les professionnels et en fonction du nombre d'années d'exercice du métier de sage-femme.

## 2.2.1 Actes relevant du champ de compétences de la sage-femme

	Réponse Exacte		Réponse Fausse		Ne Sait Pas	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
n = 126						
Surveillance du travail	109	(86,5)	17	(13,5)	0	(0,0)
Décision de réalisation de pH au scalp	70	(55,6)	41	(32,5)	15	(11,9)
Réalisation de pH au scalp	105	(83,3)	20	(15,9)	1	(0,8)
Indication pose d'une péridurale	118	(93,7)	7	(5,6)	1	(0,8)
Information du gynécologue-obstétricien pose APD	93	(73,8)	30	(23,8)	3	(2,4)
Réinjection dans le cathéter de péridurale	99	(78,6)	25	(19,8)	2	(1,6)
Ablation du cathéter de péridurale	84	(66,7)	41	(32,5)	1	(0,8)
Accouchement présentation céphalique	86	(68,3)	40	(31,7)	0	(0,0)
Accouchement présentation podalique	52	(41,3)	69	(54,8)	5	(4,0)
Signer déclaration de naissance	123	(97,6)	1	(0,8)	2	(1,6)
Réaliser une délivrance artificielle ou révision utérine	87	(69,0)	38	(30,2)	1	(0,8)
Hémorragie de la délivrance	80	(63,5)	45	(35,7)	1	(0,8)

**Tableau 3 : Connaissances du champ de compétences**

Le Tableau 3 présente les réponses des sages-femmes par rapport au champ d'application de leurs compétences.

L'étude montre que les questions ont obtenus un maximum de 97,6% de bonnes réponses et un minimum de 41,3%.

## 2.2.2 Droits de prescription

n = 126	Réponse Exacte		Réponse Fausse		Ne Sait Pas	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Mélange équimolaire oxygène - protoxyde d'azote	105	(83,3)	15	(11,9)	6	(4,8)
Nubain (nalbuphine)	104	(82,5)	21	(16,7)	1	(0,8)
Spasfon (phloroglucinol)	125	(99,2)	0	(0,0)	1	(0,8)
Syntocinon	121	(96,0)	2	(1,6)	3	(2,4)
Insuline IV	113	(89,7)	6	(4,8)	7	(5,6)
Acupan (nefopam)	39	(31,0)	71	(56,3)	16	(12,7)

**Tableau 4 :** Connaissances des droits de prescription

Les réponses des sages-femmes quant au droit de prescription de certains médicaments en salle de naissance sont représentées dans le Tableau 4. Les questions se sont portées sur six médicaments.

Les résultats varient entre 99,2% et 82,5% de bonnes réponses pour cinq des médicaments étudiés. Concernant l'Acupan (Nefopam), 56,3% des sages-femmes interrogées pensent qu'elles n'ont pas le droit de le prescrire et 12,7% déclarent ne pas savoir.

Nombre de réponse(s) juste(s) :	n	(%)
	0	0
1	0	(0,0)
2	0	(0,0)
3	13	(10,3)
4	23	(18,3)
5	64	(50,8)
6	26	(20,6)

**Tableau 5 :** Scores des sages-femmes pour les droits de prescription

Afin de permettre une meilleure analyse des connaissances concernant les droits de prescription, un score sur six a été attribué à chaque sage-femme correspondant aux six médicaments cités dans le Tableau 4. A travers le Tableau 5, on constate que toute la population étudiée a la moyenne avec un score supérieur ou égal à trois.

### 2.2.3 En fonction du type d'établissement

	TYPE III n=26		TYPE II n=71		Type I n=29		p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Décision de réalisation de pH au scalp</b>							
Réponse Exacte	9	(34,6)	49	(69,0)	12	(41,4)	<b>&lt;0,01</b>
Réponse Fausse	15	(57,7)	16	(22,5)	10	(34,5)	
Ne Sait Pas	2	(7,7)	6	(8,5)	7	(24,1)	
<b>Réalisation de pH au scalp</b>							
Réponse Exacte	25	(96,2)	60	(84,5)	20	(69,0)	<b>0,03</b>
Réponse Fausse	1	(3,9)	11	(15,5)	8	(27,6)	
Ne Sait Pas	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(3,5)	

**Tableau 6 :** Connaissances du champ de compétences en fonction du type d'établissement

Le Tableau 6 compare certaines réponses des sages-femmes en fonction du type de maternité dans lesquelles elles exercent.

On constate une différence significative au niveau de la connaissance du droit de réalisation de pH au scalp en fonction du lieu d'exercice. En effet en maternité de type III 96,2% des sages-femmes interrogées savent que cet acte fait partie de leurs compétences contre 69% en maternité de type I et 84,5% pour celles de type II.

Une différence hautement significative est également dégagée quant à la décision de réalisation de pH au scalp. Au sein des personnes interrogées, 69% exerçant dans des établissements de type II savent qu'il s'agit d'une décision qui ne fait pas parti des compétences de la sage-femme contre 34,6% en type III et 41,4 en type I.

## 2.2.4 En fonction du nombre d'années d'exercice

	<5ans n=42		5 à <10 ans n=38		≥ 15 ans n=46		p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Réalisation de pH au scalp</b>							
Réponse Exacte	39	(92,9)	33	(86,8)	33	(71,7)	<b>0,04</b>
Réponse Fausse	3	(7,1)	5	(13,2)	12	(26,1)	
Ne Sait Pas	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(2,2)	
<b>Information du gynécologue-obstétricien pose APD</b>							
Réponse Exacte	33	(78,6)	31	(81,6)	29	(63,0)	<b>0,02</b>
Réponse Fausse	6	(14,3)	7	(18,4)	17	(37,0)	
Ne Sait Pas	3	(7,1)	0	(0,0)	0	(0,0)	
<b>Mélange équimolaire oxygène - protoxyde azote</b>							
Réponse Exacte	35	(83,3)	38	(100,0)	32	(69,6)	<b>&lt;0,01</b>
Réponse Fausse	5	(11,9)	0	(0,0)	10	(21,7)	
Ne Sait Pas	2	(4,8)	0	(0,0)	4	(8,7)	
<b>Acupan (nefopam)</b>							
Réponse Exacte	18	(42,9)	11	(28,9)	10	(21,7)	<b>0,02</b>
Réponse Fausse	23	(54,8)	23	(60,5)	25	(54,3)	
Ne Sait Pas	1	(2,4)	4	(10,5)	11	(23,9)	

**Tableau 7 :** Connaissances du champ de compétences en fonction du temps d'exercice

Le Tableau 7 compare les réponses des sages-femmes ayant obtenues une différence significative quant à leurs connaissances du champ de compétences en fonction de l'année d'obtention de leur diplôme et donc du temps d'exercice de leur profession.

## 2.3 CONNAISSANCES DU RISQUE MEDICO-LEGAL

	Réponse Exacte		Réponse Fausse		Ne Sait Pas		
	n = 126	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Textes compétences légales sages-femmes		20	(15,9)	100	(79,4)	6	(4,8)
Documents valeur juridique		36	(28,6)	90	(71,4)	0	(0,0)
Responsabilité Conseil de l'Ordre des sages-femmes		79	(62,7)	44	(34,9)	3	(2,4)
Responsabilité pénale		52	(41,3)	71	(56,4)	3	(2,4)
Risques si responsabilité pénale engagée		10	(7,9)	115	(91,3)	1	(0,8)
Risques si responsabilité disciplinaire engagée		50	(39,7)	74	(58,7)	2	(1,6)
Organismes accompagnant en cas de procédure		78	(61,9)	46	(36,5)	2	(1,6)

**Tableau 8 :** Connaissances du risque médico-légal

Le Tableau 8 illustre les connaissances des sages-femmes en matière de RML. On constate que les questions ont obtenus un maximum de 62,7% de bonnes réponses et un minimum de 7,9% :

- 62,7% savent que la responsabilité disciplinaire est engagée lorsque le Conseil de l'Ordre est saisi
- 61,9% savent que le service juridique de l'hôpital, l'assurance professionnelle ainsi que le Conseil de l'Ordre peuvent accompagner la sage-femme en cas de procédure
- 41,3% savent que l'exercice illégal de la profession et la violation du secret professionnel peuvent engager la responsabilité pénale
- 39,7% savent que si leur responsabilité disciplinaire est engagée, elles risquent un avertissement, un blâme voire une interdiction d'exercer
- 28,6% savent donner l'intégralité des documents à valeur juridique parmi ceux proposés
- 15,9% savent quels sont les textes législatifs qui énoncent les compétences des sages-femmes
- 7,9% savent qu'elles risquent la prison et/ou une amende si leur responsabilité pénale est recherchée

	n = 126	Réponses Exactes	
		n	(%)
L'ERCF		120	(95,2)
Le Partogramme		122	(96,8)
Le dossier médical		118	(93,7)
Le dossier de soins		75	(59,5)
Certificat d'accouchement		50	(39,7)

**Tableau 9 :** Documents à valeur juridique

Le Tableau 9 présente plus précisément les réponses des sages-femmes quant à leurs connaissances des documents à valeur juridique.

	n=4	Réponse Exacte	Réponse Fausse	Ne Sait Pas
		n	n	n
Textes compétences légales sages-femmes		0	4	0
Documents valeur juridique		2	2	0
Responsabilité conseil de l'ordre des sages-femmes		3	0	1
Responsabilité pénale		0	3	1
Risques si responsabilité pénale engagée		0	4	0
Risques si responsabilité disciplinaire engagée		2	2	0
Organismes accompagnant en cas de procédure		2	2	0

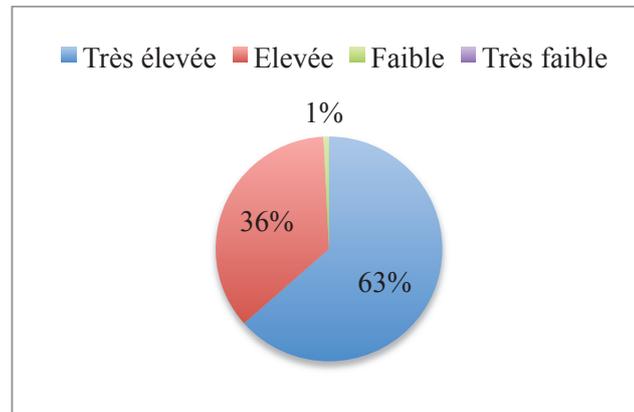
**Tableau 10 :** Connaissances du RML des sages-femmes ayant suivi une formation complémentaire

Le Tableau 10 expose les réponses des quatre sages-femmes ayant suivi une formation en plus de l'enseignement initial autour du risque médico-légal.

De même que pour le volet sur les connaissances du champ de compétences, des tests statistiques ont été réalisés afin de dégager des différences de connaissances en matière de RML en fonction du temps d'exercice de la profession. On remarque qu'aucune différence significative ne se dégage. (Annexe 11)

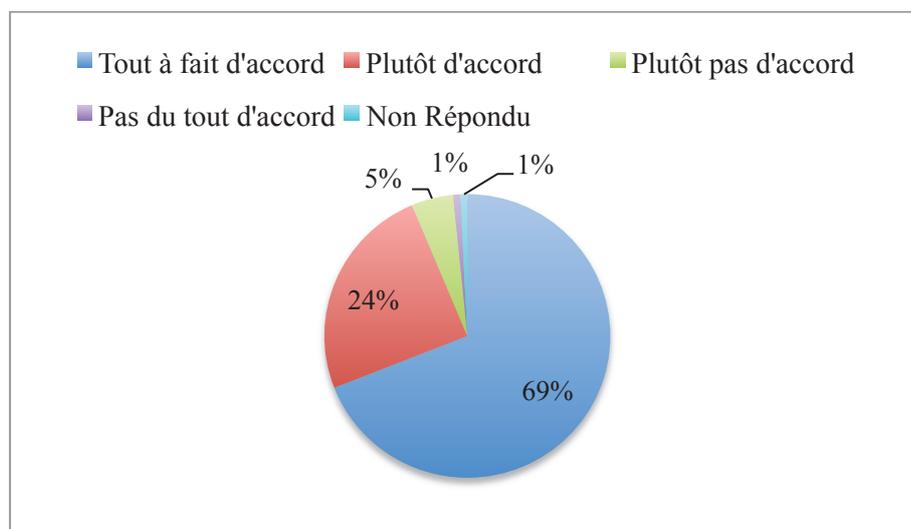
## 2.4 RESENTI DES SAGES-FEMMES FACE AU RISQUE MEDICO-LEGAL

Pour une meilleure analyse et vue d'ensemble, les sous-groupes « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord » peuvent être regroupés ainsi que « Plutôt d'accord » avec « Pas du tout d'accord ».



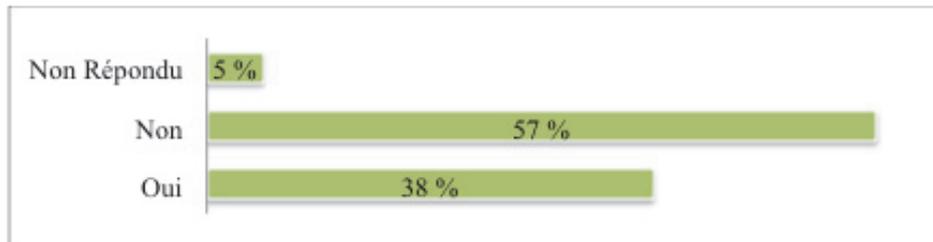
**Figure 6 :** Niveau de la pression médico-légale en salle de naissance

La Figure 6 représente le ressenti des sages-femmes par rapport à la pression médico-légale en salle de naissance. On constate que 99% des professionnels pensent que cette pression est soit très élevée (n=80), soit élevée (n=45). Seul 1% pensent qu'elle est faible (n=1). La catégorie « Très faible » ne rassemble aucune réponse.



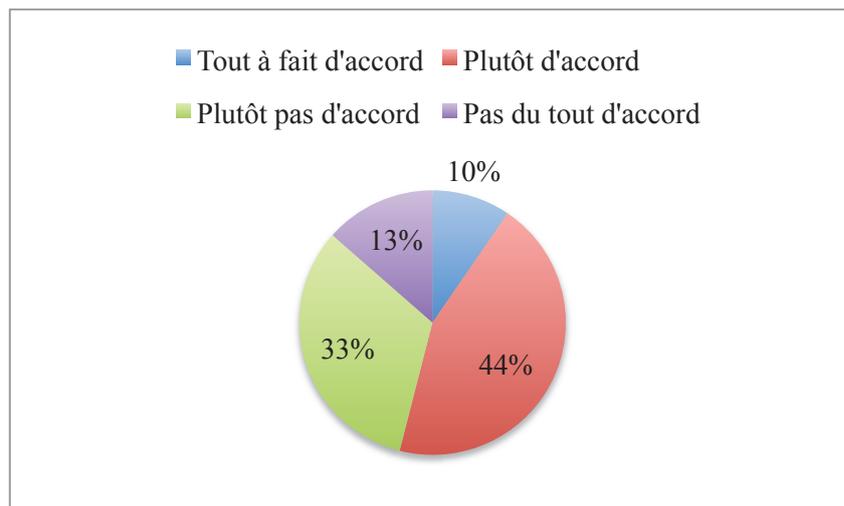
**Figure 7 :** Ressenti sur l'augmentation de la conscience médico-légale

Le ressenti des professionnels interrogés quant à l'augmentation de la conscience du risque médico-légal depuis quelques années est représenté par la Figure 7. On constate que la plupart, 93%, sont « tout à fait d'accord » (n=87) ou « plutôt d'accord » (n=31) avec cette augmentation. A l'opposé, 5% sont « plutôt pas d'accord » (n=6) et 1% « pas du tout d'accord » (n=1), soit 6% de la population interrogée. Une personne n'a pas répondu à la question.



**Figure 8 :** Sentiment de protection par l'organisation du service

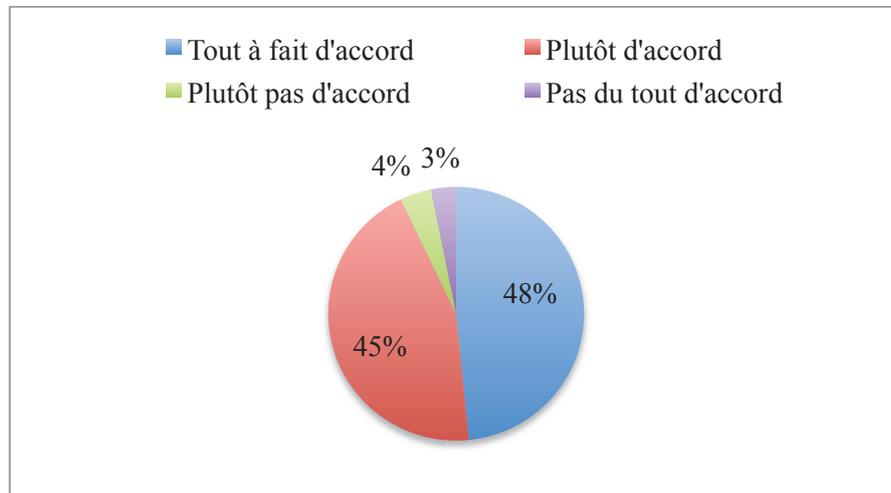
La Figure 8 expose les réponses des sages-femmes par rapport à leur sentiment de protection par l'organisation du service dans lequel elles travaillent. Certaines personnes ont répondu « oui » et « non », cette réponse est ininterprétable et donc considérée comme « non répondu ». On constate que 38 % de la population interrogée se sent protégée (n=48), à l'inverse 57% (n=72) ne partage pas ce sentiment.



**Figure 9 :** Satisfaction de la formation initiale

La Figure 9 présente les réponses des sages-femmes par rapport à la formation initiale afin de savoir si cette dernière est suffisante pour comprendre le risque médico-légal. On

constate que 54% de la population étudiée répond favorablement à cette question (n=68). A l'inverse, 46% (n=58) pense que l'enseignement initial ne suffit pas à la compréhension de ce risque.



**Figure 10 :** Désir de mise en place d'une formation continue

L'avis des sages-femmes quant à leur désir ou non d'avoir accès à une formation continue sur le risque médico-légal est exposé dans la Figure 10. On constate qu'une grande majorité, 93% est « Tout à fait d'accord » (n=61) et « Plutôt d'accord » (n=56) à la mise en place de ce type de formation, alors que 7% n'en sont pas favorable (n=9).

n = 126	TYPE 3 n = 26		TYPE 2 n = 71		TYPE 1 n = 29		p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Pression médico-légale</b>							
Très élevée	15	(57,7)	45	(63,4)	20	(69,0)	<b>0,83</b>
Elevée	11	(42,3)	25	(35,2)	9	(31,0)	
Faible	0	(0,0)	1	(1,4)	0	(0,0)	
Très faible	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	
<b>Conscience médico-légale augmente</b>							
Tout à fait d'accord	15	(57,7)	50	(70,4)	22	(75,9)	<b>0,04</b>
Plutôt d'accord	5	(19,2)	19	(26,8)	7	(24,1)	
Plutôt pas d'accord	4	(15,4)	2	(2,8)	0	(0,0)	
Pas du tout d'accord	1	(3,8)	0	(0,0)	0	(0,0)	
Non Répondu	1	(3,8)	0	(0,0)	0	(0,0)	
<b>Sentiment de protection par le service</b>							
Oui	14	(53,8)	28	(39,4)	6	(20,7)	<b>0,03</b>
Non	11	(42,3)	39	(54,9)	22	(75,9)	
Non Répondu	1	(3,8)	4	(5,6)	1	(3,4)	

**Tableau 11** : Ressenti des sages-femmes en fonction du type d'établissement

Le Tableau 11 compare les réponses des sages-femmes quant à leur ressenti face au RML en fonction du type d'établissement dans lequel elles exercent.

Concernant le niveau de la pression médico-légale en salle de naissance, on remarque qu'aucune différence significative ne se dégage en fonction du type de maternité.

A l'inverse, par rapport à l'augmentation de la conscience médico-légale depuis quelques années, on en remarque une. En effet en additionnant les populations des sous-groupes « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord », on constate que 76,9% en établissement de type III ressentent cette augmentation, 97,2% en type II et 100% en type I.

De plus, on remarque une différence significative entre les sages-femmes des trois types de maternité quant au sentiment de protection par l'organisation du service dans lequel elles travaillent : 53,8% se sentent protégées en type III, 39,4% en type II et 20,7% en type I.

n = 126	Maternités publiques n = 97		Maternités privées n = 29		p-value
	n	(%)	n	(%)	
Oui	42	(43,3)	6	(20,7)	<b>0,02</b>
Non	50	(51,5)	22	(75,9)	

**Tableau 12 :** Sentiment de protection par le service en fonction de l'exercice privé ou public

La comparaison du sentiment de protection par l'organisation du service en fonction de l'exercice dans les secteurs privé ou public est exposée dans le Tableau 12. La section « Maternités publiques » regroupe les établissements suivants : CHU de Nice, et les centres hospitaliers de Monaco, Antibes – Juan-Les-Pins, Cannes, Grasse et Fréjus – Saint-Raphaël ; tandis que la section « Maternités privées » regroupe la clinique Saint George ainsi que les Polycliniques Santa Maria et Saint Jean. On remarque ainsi une différence significative entre les deux groupes, en effet 43,3% des sages-femmes exerçant dans le secteur public se sentent protégées par l'organisation du service dans lequel elles travaillent contre 20,7% en maternités privées.

## **PARTIE 3 : ANALYSE ET DISCUSSION**

Afin d'analyser les résultats obtenus par l'étude, la discussion sera divisée en quatre parties. Dans la première, une analyse de la population étudiée sera exposée. Les trois parties suivantes seront découpées en fonction des objectifs de l'étude définis au préalable :

- état des lieux des connaissances en matière médico-légale (objectif principal)
- état des lieux des connaissances du champ de compétences des sages-femmes en salle de naissances (objectif secondaire)
- ressenti des sages-femmes quant au risque médico-légal (objectif secondaire).

Chaque partie sera analysée dans le but de comprendre et d'expliquer les résultats, des axes d'amélioration seront également proposés.

Au sein de la recherche bibliographique une seule étude sur le même thème, « Connaissances et Perception du risque médico-légal en salle de naissances par des sages-femmes hospitalières », réalisée à Angers [37] a été retrouvée, cependant le questionnaire n'étant pas exactement le même, nous pourrions dégager seulement des tendances identiques ou différentes sans faire de réelle comparaison.

Ainsi ce mémoire constitue une première analyse des connaissances des sages-femmes en matière médico-légale.

### **1. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS**

#### **1.1 LA POPULATION ETUDIEE**

Au total 126 sages-femmes ont participé à l'étude.

Du fait du choix de la population étudiée (sept établissements des Alpes-Maritimes, un établissement du Var et l'hôpital de Monaco), il est difficile d'évaluer le taux de participation des sages-femmes. Cependant, les données récoltées par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) répertorient le nombre de sages-femmes par département en fonction de leur mode d'exercice. Ces résultats permettent d'établir une approximation du taux de participation à l'étude pour les professionnels des Alpes-Maritimes.

En effet, la DREES recense deux-cents sages-femmes hospitalières, c'est-à-dire travaillant en hôpital public et en établissements privés à but lucratif ou non. [38] En ôtant de l'effectif total de l'étude les professionnels de l'hôpital de Fréjus – Saint-Raphaël (n=17) et ceux de l'hôpital de Monaco (n=9), cela revient à un total de cent sages-femmes ayant répondu au questionnaire dans les Alpes-Maritimes. Le taux de participation du département s'élève donc à 50% et montre l'intérêt porté par les professionnels sur le thème de l'étude. Cependant, ces résultats sont à prendre avec précaution du fait de l'approximation (le taux de participation à Fréjus – Saint-Raphaël et Monaco n'étant pas calculé).

Il aurait été intéressant de connaître le nombre exact de sages-femmes travaillant en salle de naissance dans chaque maternité afin de pouvoir définir un réel taux de participation à l'étude.

L'âge moyen de la population de l'étude est de 35 ans, or selon les données du Conseil National de l'Ordre, la moyenne d'âge nationale des sages-femmes est de 41 ans au début de l'année 2016. Cette différence peut s'expliquer par l'intérêt plus important des jeunes sages-femmes au sujet de l'étude ainsi qu'à l'exercice d'écriture d'un mémoire. En effet, elles sont en général plus sensibilisées et réceptives face à la nécessité de répondre aux questionnaires des étudiants.

## 1.2 RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE

Les résultats de l'étude mettent également en avant que sept des professionnels interrogés ne souscrivent pas à titre personnel à une RCP. Même si cette dernière n'est pas une obligation de la loi, elle est fortement recommandée afin d'être protégé, soutenu par un système assurantiel au cas où l'établissement ne prenne pas en charge une indemnisation. Il serait alors intéressant de comprendre pourquoi ces sept professionnels n'ont pas souscrit à une RCP : est-ce du à une mauvaise information des sages-femmes ? Une négligence devant la méconnaissance du risque encouru ?

## **2. ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES EN MATIERE MEDICO-LEGALE**

L'objectif principal de l'étude est de « faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes salariées concernant le risque médico-légal en salle de naissance ». Pour y répondre, les réponses des professionnels à ce volet du questionnaire ont été analysées ainsi que les besoins de formations continues exprimés.

Sept questions ont été posées aux sages-femmes afin d'évaluer d'une manière générale leurs connaissances quant au RML.

L'étude révèle que les questions ont obtenu un maximum de 62,7% de bonnes réponses et un minimum de 7,9%. De plus seules deux questions obtiennent un taux de bonnes réponses supérieur à 50% :

- 62,7% savent que la responsabilité disciplinaire est engagée lorsque le Conseil de l'Ordre est saisi
- 61,9% savent quels organismes accompagnent la sage-femme es cas de procédure.

Pour les autres questions, les taux de bonnes réponses varient entre 7,9% et 41,3%.

Ces résultats traduisent donc d'une manière générale un défaut de connaissances des sages-femmes quant à ce risque.

L'analyse précise de trois des questions ayant obtenu une majorité de mauvaise réponse met en avant ce défaut de connaissances.

En effet, seulement trente-six des cent-vingt-six sages-femmes interrogées (28,6%) ont une réponse totalement exacte concernant les documents à valeurs juridiques. Cependant presque la totalité a une réponse partiellement exacte, c'est-à-dire qu'elles ont cité au moins 3 des 5 documents. On constate que d'une manière générale les sages-femmes oublient de citer le certificat d'accouchement ou encore le dossiers de soins. Or remplir ces documents fait partie du travail quotidien, il apparaît indispensable de savoir qu'ils ont une valeur juridique.

De même, uniquement 15,9% de la population étudiée sait quels sont les textes énonçant les compétences légales des sages-femmes. Or en cas de doute, de questionnement..., il apparaît indispensable que les professionnels sachent à quelles sources juridique se référer.

Enfin, moins d'une sage-femme sur dix sait qu'elle risque une amende et/ou une peine de prison si leur responsabilité pénale est engagée. Ces résultats sont en adéquation avec les résultats obtenus par l'étude sur le même thème [37] dans laquelle seulement 2,6% des sages-femmes avaient répondu correctement. Or, comme exposé dans la première partie de ce mémoire, la particularité des déclarations concernant la profession de sage-femme reste son nombre important de plaintes faites au pénal. Il est essentiel que les professionnels connaissent les risques encourus en cas de faute.

L'hypothèse « les sages-femmes ont peu de connaissances concernant le risque médico-légal » est donc **validée** par l'étude.

## 2.1 ENSEIGNEMENT INITIAL

On peut alors se demander si ce manque global de connaissances est du à un défaut de formation initiale.

Pour y répondre, nous avons questionné les sages-femmes sur leur ressenti quant à la formation initiale afin de comprendre le RML. L'étude met en évidence que près d'une sage-femme sur deux (46%) n'en est pas satisfaite. De plus aucune différence significative quant à la satisfaction de l'enseignement initial en fonction des écoles de formation n'est identifiée (Annexe 12). On ne peut donc pas mettre en avant un enseignement par rapport à un autre.

L'étude ne révèle aucune différence notable des connaissances en matière médico-légale en fonction de l'année d'obtention du diplôme, c'est-à-dire du temps d'exercice des sages-femmes. Au final, que l'enseignement initial soit récent ou pas on ne note aucune différence.

Le manque de connaissances des sages-femmes en matière de RML est un réel constat et ce quelque soit l'école de formation ou le temps d'exercice de leur métier. La formation initiale étant le socle de l'apprentissage, il serait intéressant de comprendre son organisation au sein de chaque école, son évolution en fonction des besoins identifiés, et pourquoi celle-ci ne répond pas aux attentes des sages-femmes.

## 2.2 SAGES-FEMMES AYANT SUIVI UNE FORMATION COMPLEMENTAIRE SUR LE RML

Parmi les sages-femmes interrogées seulement quatre ont bénéficié d'un enseignement complémentaire sur le RML. En analysant leurs réponses à cette partie du questionnaire, on observe une tendance aux mêmes résultats que ceux des sages-femmes sans formation complémentaire, c'est-à-dire un défaut de connaissances général. Il est cependant impossible d'exploiter ces résultats et de les comparer réellement à ceux des autres sages-femmes du fait de la faiblesse de l'échantillon.

L'hypothèse selon laquelle « peu de sages-femmes ont suivi une formation complémentaire par rapport au RML » est **validée** par l'étude.

Ainsi le défaut de connaissances en matière médico-légale mis en évidence et le faible nombre de sages-femmes ayant suivi une formation complémentaire sur le RML font émerger la nécessité d'actualiser les connaissances quant à ce risque. Ceci est corroboré par les résultats obtenus à la question 36 : 93% des sages-femmes sont favorables à la mise en place de formations continues en lien avec l'évolution du cadre juridique de la profession.

## 2.3 FORMATION CONTINUE

Obligation déontologique, la formation continue a pour objectif l'enrichissement et la maîtrise de l'enseignement initial de la sage-femme dans un souci de développement professionnel continu tout au long de la vie.

Plusieurs formations ouvertes aux sages-femmes sur le thème du RML existent, nous citerons quelques exemples :

- « Missions et responsabilités juridiques des sages-femmes » proposée en fin d'année 2017 à Paris
- « Exercer la profession de sage-femme : nouveau cadre juridique et règles de bonnes pratiques » qui a eu lieu début d'année 2017 à Paris

A Nice en mai 2016 (antérieure à l'étude) lors d'une soirée thématique de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) sur le « Management en santé », deux interventions ont pu

se rapporter au RML : « gestion des risques et management en milieu hospitalier » et « management de la qualité et responsabilité pénal : retour d'expérience ». Or aucune des sages-femmes interrogées n'a participé à cette dernière formation malgré le désir qu'elles expriment.

D'une manière générale on peut se demander pourquoi si peu de sages-femmes ont participé à ce type de formation. Le manque d'intérêt semble une raison peu probable à la vue des réponses obtenues. Dans ce cas, quels sont les freins à l'accès à de telles formations ? Les thèmes abordés correspondent-ils aux besoins des professionnels ? Est-ce dû à un manque de communication ou de sensibilisation des sages-femmes aux formations déjà existantes ? A un prix trop important (dans le cas où l'établissement ne prend pas en charge la formation) ?

Ainsi il serait intéressant de demander aux sages-femmes quels sont leurs désirs, leurs envies quant à ces formations, tant sur le contenu que sur la forme. En parallèle, des évaluations des pratiques professionnelles pourraient être mises en place sur par exemple la bonne tenue des documents à valeur juridique tels que le partogramme, le dossier de soins, le certificat d'accouchement, et ainsi faire émerger les besoins des sages-femmes. Ces deux études permettraient d'adapter au mieux les formations afin de répondre à la fois aux attentes et aux besoins des professionnels.

De plus, une rubrique sur le site du Conseil National de l'Ordre consacrée au RML pourrait être mise en place, et ainsi faire le point sur les différents types de responsabilités, les risques encourus, les organismes accompagnant les sages-femmes en cas de procédure. En effet, ce site étant très consulté par les professionnels de santé, il est un lieu propice pour la diffusion d'informations.

### **3. ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DU CHAMP DE COMPETENCES**

La sage-femme exerce une profession médicale à compétences définies dont elle doit connaître les limites: leur méconnaissance pourrait la conduire à ne pas pratiquer certains gestes qu'elle peut règlementairement réaliser ou, à l'inverse, tarder à appeler le médecin et dépasser ainsi ses compétences

Afin de répondre à l'objectif secondaire « faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes concernant leur champ de compétences en salle de naissance », nous analyserons les résultats obtenus par les sages-femmes à ce volet du questionnaire et nous mettrons en évidence certaines différences en fonction du lieu d'exercice des sages-femmes et en fonction de leur temps d'exercice.

D'une manière générale, on constate que les professionnels connaissent l'étendue ainsi que les limites de leur fonction.

Cependant il semble important de développer certains des résultats obtenus.

Légalement, la sage-femme a les compétences pour gérer seule une situation physiologique. Or certains résultats de l'étude montrent qu'elles ne respectent pas ces conditions. En effet, 31,7% surveillent et pratiquent seule l'accouchement d'une présentation céphalique quelque soit la situation. Il semble donc important de leur rappeler que leur domaine d'autonomie englobe seulement la physiologie.

La présentation podalique n'est pas à proprement parler une situation dystocique. La sage-femme peut donc surveiller le travail et pratiquer seule l'accouchement sous réserve d'une situation physiologique. 41,3% des professionnels n'ont pas répondu dans ce sens. Cependant les sociétés savantes de gynécologie-obstétrique recommandent fortement la présence des médecins obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs à l'accouchement. Il aurait peut être fallu formuler la question différemment, évitant ainsi les biais de compréhension entre les professionnels.

Enfin 30,2% des sages-femmes ont répondu qu'elles ne peuvent pas, ou uniquement en cas d'urgence, ou uniquement sur un utérus intègre, réaliser de délivrance artificielle ou révision utérine. Or, ce geste fait partie de nos compétences et depuis le décret du 17 juillet 2012 modifiant l'article 4127-318 du Code de la Santé Publique il n'est plus limité à l'utérus non cicatriciel. Cette méconnaissance peut retarder une prise en charge en cas d'urgence.

### 3.1 DROITS DE PRESCRIPTION

De même, concernant les droits de prescription de certains médicaments, globalement les sages-femmes ont de bonnes connaissances.

L'étude permet de mettre en évidence que 20,6% des sages-femmes interrogées ont répondu correctement à la totalité des items sur les droits de prescriptions, et la moitié (50,8%) n'a fait

qu'une faute. Seul un défaut de connaissances au niveau du droit de prescription de l'Acupan est notable : seulement 31% des professionnels ont répondu juste et savent qu'il s'agit d'un médicament entrant dans notre champ de prescription.

Il aurait été intéressant de rajouter comme possibilité de réponse « oui avec conditions » en plus de « oui », « non », et « ne sait pas », afin d'aller plus loin dans notre analyse des connaissances des sages-femmes. En effet, certains des médicaments proposés font partie de notre droit de prescription mais sous conditions.

L'hypothèse selon laquelle « les sages-femmes ne connaissent pas pleinement leur champ de compétences » est donc **partiellement validée**.

### 3.2 EN FONCTION DES DIFFERENTS TYPE D'ETABLISSEMENT

En comparant les réponses des sages-femmes sur la connaissance de leur champ de compétences en fonction du type d'établissement dans lequel elles travaillent, on remarque une différence significative au niveau de deux questions que nous analyserons afin d'essayer de comprendre pourquoi une telle différence est retrouvée.

Premièrement, par rapport la décision de réalisation de pH au scalp ( $p < 0,01$ ), l'étude met en évidence que seulement un tiers des sages-femmes au sein de la maternité de type III savent qu'il s'agit d'une décision hors de leur domaine de compétence contre plus des deux tiers en maternité de type II. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en établissement du type III l'obstétricien étant toujours sur place, on peut avoir l'impression d'une décision collégiale, d'équipe. Une confusion autour de la personne décisionnaire peut alors s'installer pour les sages-femmes. Contrairement aux établissements de type II où le médecin n'est pas forcément présent dans les locaux ou du moins sur place au sein de la salle de naissance, les sages-femmes savent alors peut être plus distinguer les décisions qui sont de leur ressort ou pas.

Deuxièmement, concernant la réalisation de pH au scalp ( $p = 0,03$ ), on observe un tendance inverse. En effet presque la totalité des professionnels travaillant en établissement de type III savent qu'il s'agit d'un acte inclus dans leur domaine de compétences contre 84,5% en type II et 69% en type I. Il est envisageable que cette différence s'explique par la fréquence de réalisation de ces gestes. En effet, du fait de l'accueil d'accouchements à risque en maternité de type III, les sages-femmes réalisent plus ce geste.

### 3.3 EN FONCTION DE L'ANNEE D'OBTENTION DU DIPLOME

En analysant les réponses des sages-femmes sur leurs connaissances du champ de compétence en fonction du temps d'exercice de leur métier on retrouve des différences significatives.

Au niveau de quatre questions, l'étude met en évidence que les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme depuis 15 ans ou plus ont de moins bonnes connaissances de leur champ de compétences. Par exemple, presque la totalité des sages-femmes exerçant depuis moins de 10 ans savent que la prescription d'un mélange équimolaire oxygène – protoxyde d'azote fait partie de notre champ de compétences. Alors que lorsqu'elles exercent depuis plus de 15 ans, seul deux tiers le savent. ( $p < 0,01$ )

Ces résultats mettent en évidence la nécessité des sages-femmes à maintenir et actualiser leurs connaissances par l'intermédiaire du DPC. En effet au fil des années, la sage-femme élargie de plus en plus son champ de compétences, il apparaît alors essentiel de se former régulièrement.

L'hypothèse selon laquelle « les connaissances du champ de compétences dépendent du temps d'exercice de la profession » est donc **validée**.

## 4. RESENTI

Dans cette partie nous allons chercher à répondre aux deux derniers objectifs qui sont de « connaître le ressenti des sages-femmes sur le RML » et « évaluer s'il y a une différence de ressenti des sages-femmes en fonction de leur lieu d'exercice ».

### 4.1 PRESSION MEDICO-LEGALE

L'étude montre que quasiment la totalité des sages-femmes qualifie le niveau de la pression médico-légale de « très élevée » (63%) ou « élevée » (36%). De même, la plupart des professionnels interrogés (93%) pensent que leur conscience du RML augmente depuis

quelques années. Ces résultats révèlent ainsi la réelle prise de conscience de l'existence de ce risque.

De plus, l'étude met en évidence une différence significative en comparant ces résultats en fonction du type d'établissement dans lesquels travaillent les sages-femmes ( $p = 0,04$ ). En effet, on remarque que la totalité des professionnels exerçant en maternité de type I pensent que leur conscience du RML augmente contre 76,9% en type III (et 97,2% en type II). On peut alors se demander quelle en est l'origine.

L'hypothèse selon laquelle « la conscience du RML est plus forte en maternité de type III » n'est donc **pas validée**.

#### 4.2 SENTIMENT DE PROTECTION PAR L'ORGANISATION DU SERVICE

Uniquement 38% des sages-femmes interrogées se sentent protégées par l'organisation du service dans lequel elles travaillent.

De plus, en comparant ce sentiment de protection en fonction du type d'établissement dans lequel travail les professionnels interrogés, l'étude met en évidence une différence significative ( $p = 0,03$ ) :

- 53,8% des sages-femmes travaillant en maternité de type III se sentent protégées par l'organisation du service
- 39,4% en maternité de type II
- 20,7% en maternité de type I

La sage-femme est au carrefour de plusieurs disciplines, autonome dans la gestion de la physiologie mais ne l'est plus en cas de pathologie. En cas d'urgence, dans les maternités de type III la proximité immédiate des différents spécialistes peut expliquer ce sentiment de sécurité dans l'organisation du service plus important que pour les sages-femmes exerçant en type II ou I.

De même, une différence significative quant à ce sentiment entre les sages-femmes exerçant dans des maternités publiques et privées est retrouvée ( $p = 0,02$ ) : les trois-quarts des professionnels travaillant dans le secteur privé ne se sentent pas protégés.

En effet, les sages-femmes hospitalières ont le sentiment d'être mieux protégée et prise en charge lors d'un incident probablement du fait de la stature représentée par l'établissement public. A l'inverse, les sages-femmes salariées du privé peuvent se sentir plus soumise à l'individualité de la direction.

L'hypothèse selon laquelle « les sages-femmes exerçant dans un établissement privé se sentent plus exposée au RML, moins protégées » est donc **validée**.

## CONCLUSION

De nos jours, la notion de risque médico-légal prend un place non négligeable dans l'exercice des métiers de la santé. Même si depuis quelques années le nombre de procès en gynécologie-obstétrique a tendance à se stabiliser, la judiciarisation de la pratique de la médecine est un réel constat.

Occupant une place prépondérante au sein du système de soins en gynécologie-obstétrique, la sage-femme se doit d'accomplir son métier avec une grande prudence. Elle exerce une profession médicale à compétences définies. Autonome dans la physiologie, elle devient l'auxiliaire du médecin avec lequel elle collabore lorsque la pathologie est diagnostiquée. Cette limitation de son champ de compétences est source de questionnements récurrents sur l'étendue de son exercice et de sa pratique. Néanmoins, elle conserve son indépendance juridique en toutes circonstances et peut ainsi voir sa responsabilité engagée.

Afin de prévenir et gérer le risque médico-légal en obstétrique, la sage-femme doit impérativement respecter les limites de ses compétences, ce qui repose sur la parfaite connaissance des textes législatifs et réglementaires concernant sa pratique.

Avec ce mémoire, nous souhaitons dresser un état des lieux des connaissances des sages-femmes hospitalières en matière médico-légale en salle de naissance.

Cette étude a pu démontrer une connaissance insuffisante des professionnels quant au risque médico-légal. Concernant le champ de compétences, il semble que d'une manière générale les sages-femmes en ont une bonne connaissance même si certains points mériteraient d'être améliorés. L'étude met également en avant le vif intérêt que les sages-femmes portent à ce thème et leur désir de suivre des formations complémentaires.

Afin de poursuivre ce travail, nous pourrions proposer aux sages-femmes de répondre à des questionnaires ou réaliser des entretiens par rapport à leurs besoins ou à leurs désirs quant à la mise en place de formations sur le risque médico-légal et ainsi d'adapter un programme de DPC sur cette thématique.

## Bibliographie

- [1] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. [www.ordres-sages-femmes.fr](http://www.ordres-sages-femmes.fr).
- [2] Vilain A., "Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale," DREES, 2011.
- [3] Société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM), "Panorama du risque médical en établissement de santé. Bilan des risques médicaux de l'année 2014," 2015.
- [4] Dictionnaire Larousse,.
- [5] C. Seguin, C. Gibault J-H. Soutoul, *La Sage-Femme face aux Juges*. Paris, France: ellipses, 1996.
- [6] D. Corege, "Le risque médico-légal de la régulation médicale," SAMU 71, Centre Hospitalier William Morey, Chalon-Sur-Saône (France), 2007.
- [7] R.-C. Rudigoz, "Conduite à tenir en cas de complications obstétricales à risque médico-légal," in *Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique*. Lyon, France, 1997, pp. 213-230.
- [8] S. Hilaire, "La sage-femme et la prévention du risque médico-légal," Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz, 1996.
- [9] INICEF, UNFPA, Groupe de la Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies OMS, *Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015.*, Décembre 2015.
- [10] J. Houdaille H. Gutierrez, "La mortalité maternelle en France au XVIIIe siècle," *Population*, vol. 38 (6), pp. 975-994, 1983.
- [11] F. Boisbras, M-H. Bouvier-Colle M. Philibert, "Epidémiologie de la mortalité maternelle en France, de 1996 à 2002: fréquence, facteurs et causes," *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol. 50, Décembre 2006.
- [12] G. Bréart G. Crépin, "Rapport Mortalité maternelle et mortalité périnatale des enfants nés à terme en France," Académie Nationale de Médecine, 2010.
- [13] F. Bretelle, C. D'Ercole, L. Boubli, M.-D. Piercecchi R. Shojai, "Analyse de la sinistralité en gynécologie-obstétrique: expérience d'un CHU en France," *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, pp. 71-75, 2013.
- [14] Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles. (2017) [Online]. <http://www.sham.fr/Decouvrir-Sham/Presentation>
- [15] Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français. (2016) [Online]. [www.macsf.fr](http://www.macsf.fr)
- [16] Decroix, "La responsabilité professionnelle des sages-femmes," 2017.
- [17] Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles, "Panorama du risque en établissement de santé, social et médico-social. Bilan des risques de l'année 2015.," 2016.

- [18] Société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM), "Panorama du risque médical en établissement de santé. Bilan des risques médicaux de l'année 2011," 2012.
- [19] MACSF Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français, "Rapport d'activité. Le risque des professionnels de la santé en 2015.," 2016.
- [20] MACSF Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français, "Rapport d'activité. Le risque des professionnels de la santé en 2014.," 2015.
- [21] Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français, "Rapport d'activité. Le risque des professionnels de la santé en 2013.," 2014.
- [22] (2011, Juin) [Online]. [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)
- [23] Code de la Santé Publique, "Article R. 4127-313,".
- [24] Ordre des Sages-Femmes Code de déontologie des sages-femmes, "Code de déontologie des sages-femmes," 2012.
- [25] D. Dibie-Krajcman M. Merger-Pélier, *Manuel juridique de la sage-femme.: Les Etudes Hospitalières*, 2012.
- [26] Code de la Santé Publique, "Article L.1110-3,".
- [27] Code de la Santé Publique, "Article R.4127-305,".
- [28] Code de la Santé Publique, "Article R.4127-313,".
- [29] Code de la Santé Publique, "Article R.4127-304,".
- [30] Code de la Santé Publique, "Article L.1111-2,".
- [31] Code Pénal, "Article 226-13,".
- [32] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [Online]. [www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr)
- [33] Claire DRAN, "La responsabilité pour faute des professionnels de santé : spécificités de la sage-femme," Université Paris Sud, 2013.
- [34] LECCIA, "Cours "Les responsabilités des sages-femmes"," Ecole de sages-femmes de Nice, 2016.
- [35] B.Blondel, "Les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privées. Résultats d'une enquête dans 11 régions.," *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 27, pp. 692-701, 1998.
- [36] B.Blondel, "Lieux d'exercice et activités des sages-femmes dans le domaine périnatal. Résultats d'une enquête dans onze régions," *Dossiers d'Obstétrique*, vol. 262, pp. 3-10, 1998.
- [37] J. LE COQ, "Connaissances et Perception du risque médico-légal en salle de naissances par des sages-femmes hospitalières," Ecole de Sages-Femmes René Rouchy, Mémoire 2013.
- [38] Ministère des affaires sociales et de la santé. (2016) Etudes et Statistiques. [Online]. [www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

## ANNEXES

### **Annexe 1 : Article L.4151-1 modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016**

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

La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée.

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

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret.

### **Annexe 2 : 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.**

**Publics concernés** : sages-femmes, femmes enceintes et entourage.

**Objet** : extension des compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination.

**Entrée en vigueur** : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

**Notice** : l'article L. 4151-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, prévoit que les sages-femmes peuvent pratiquer les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. Le présent décret a pour objet de préciser les conditions requises de ces sages-femmes. L'article L. 4151-2 de ce même code, dans sa rédaction issue de la loi susmentionnée, prévoit que les sages-femmes peuvent prescrire et pratiquer les vaccinations de la femme et du nouveau-né et aussi celles des personnes vivant dans leur entourage. Le présent décret a également pour objet de préciser les conditions de prescription, de réalisation des vaccinations et de transmission de l'information au médecin traitant.

### **Annexe 3 : Article R 4127-318**

**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 sage-femme ;
- e) La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- f) Le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
- g) L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ;
- h) La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ;
- i) Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

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

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

**Annexe 4** : Arrêté du 27 juin 2006 modifié par l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire

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

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

## **Annexe 5 : Liste des classes thérapeutiques ou médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des femmes**

### **I. - En primo-prescription :**

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

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

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

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

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

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

**Annexe 6 :** Liste des classes thérapeutiques ou des médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des nouveau-nés

**I.-En primo-prescription :**

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

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

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

**Annexe 7 :** Liste des médicaments classés comme stupéfiants autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription

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

**Annexe 8 :** Liste des médicaments autorisés aux sages-femmes pour leurs prescriptions auprès des personnes de l'entourage de l'enfant ou de l'entourage de la femme enceinte

- 1° Les vaccins sous formes monovalentes ou associées contre les pathologies suivantes: rubéole, rougeole, oreillons, tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche, infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, hépatite B, grippe, infections invasives à méningocoque C.
- 2° Les produits de substitution nicotinique.

## **Annexe 9 : Questionnaire**

Bonjour,

Actuellement en dernière année à l'école de sages-femmes de Nice, je souhaiterais réaliser un état des lieux des connaissances du risque médico-légal en salle de naissance des sages-femmes. Afin de répondre à cette question, j'ai réalisé un questionnaire divisé en quatre parties à l'intention des sages-femmes hospitalières **travaillant en salle de naissance**. Cette étude est totalement anonyme.

Je vous remercie d'avance pour votre participation

### **Partie 1 : Généralités**

1. En quelle année êtes vous né(e) ? .....
2. Dans quelle école avez-vous fait votre formation ? .....
3. Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ? .....
4. Au sein de quel hôpital / clinique travaillez-vous ? .....
5. Depuis combien de temps y exercez-vous ? .....
6. Vous travaillez en salle de naissance :
  - En permanence (poste fixe)
  - Par roulement
  - Gardes ponctuelles
7. Avez-vous effectué au moins une garde en salle de naissance au cours de l'année passée ?
  - Oui
  - Non
8. Avez-vous souscrit à une responsabilité civile professionnelle ?
  - Oui
  - Non
9. Avez-vous effectué une formation continue axée sur le risque professionnel juridique des sages-femmes ?
  - Oui
  - Non
10. Si oui, en quelle année ? .....

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

Surveillance du travail :

11. Cela fait-il partie de vos compétences légales ?
  - Oui, quelle que soit la situation
  - Oui, uniquement dans le cadre d'une situation physiologique
  - Non
  - Ne sait pas

12. Avez-vous le droit de décider de réaliser un pH au scalp en cas d'ARCF (anomalie du rythme cardiaque fœtal) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

13. Avez-vous le droit de réaliser un pH au scalp en cas d'ARCF (anomalie du rythme cardiaque fœtal) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Analgésies / Médicaments :

14. Avez-vous le droit de poser l'indication de pose d'une péridurale ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

15. Devez-vous en informer le gynécologue-obstétricien ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

16. Avez-vous le droit de faire une réinjection dans le cathéter de péridurale ?

- Oui, sans l'accord de l'anesthésiste
- Oui, après demande à l'anesthésiste
- Non
- Ne sait pas

17. Avez-vous le droit d'effectuer l'ablation du cathéter de péridurale ?

- Oui, sans l'accord de l'anesthésiste
- Oui, après demande à l'anesthésiste
- Non
- Ne sait pas

18. Avez-vous le droit de prescrire (de manière autonome) ?

	Oui	Non	Ne sait pas
Un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote			
Nubain (nalbuphine)			
Spasfon (phloroglucinol)			
Syntocinon (oxytocine)			
Insuline IV			
Acupan (nefopam)			

### L'accouchement

19. Avez-vous le droit de surveiller et pratiquer seul(e) l'accouchement d'une présentation céphalique ?

- Oui, quelle que soit la situation
- Oui, uniquement dans le cadre d'une situation physiologique
- Non
- Ne sait pas

20. Avez-vous le droit de surveiller et pratiquer seul(e) l'accouchement d'une présentation podalique ?

- Oui, quelle que soit la situation
- Oui, uniquement dans le cadre d'une situation physiologique
- Non
- Ne sait pas

21. Avez-vous le droit de signer la déclaration de naissance ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

### La délivrance

22. Avez-vous le droit de réaliser une délivrance artificielle ou révision utérine ?

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

23. Lors d'une hémorragie de la délivrance qu'avez-vous le droit de faire ? (plusieurs réponses possibles)

- Réaliser une délivrance artificielle
- Réaliser une révision utérine
- Administrer de l'ocytocine
- Administrer du sulprostone (nalador)
- Décider de réaliser des prélèvements sanguins
- Décider de la pose d'un ballon de Bakri
- Ne Sait Pas

### **Partie 3 : Connaissances en matière médico-légale**

24. Quel(s) texte(s) législatif(s) énonce(nt) les compétences des sages-femmes ?

- Code de déontologie
- Code de la santé publique
- Code civil
- Référentiel de certification de l'HAS (haute autorité de santé)

- Référentiel métier
  - Code pénal
  - Ne Sait Pas
25. Quel(s) document(s) a (ont) une valeur juridique en matière médico-légal ?
- L'ERCF (enregistrement cardiaque fœtal)
  - Le partogramme
  - Le dossier médical
  - Le dossier de soins
  - Certificat d'accouchement
  - Ne Sait Pas
26. Quelle responsabilité de la sage-femme est engagée lorsqu'un patient saisit le conseil de l'ordre des sages-femmes ?
- La responsabilité civile
  - La responsabilité pénale
  - La responsabilité disciplinaire
  - Ne Sait Pas
27. Dans quelle(s) situation(s) la sage-femme engage-t-elle sa responsabilité pénale ?
- Exercice illégal de la profession
  - Défaut d'information de la patiente sur des risques encourus
  - Violation du secret professionnel
  - Ne Sait Pas
28. Lorsque la responsabilité pénale d'une sage-femme est engagée que risque t-elle ? (plusieurs réponses possibles)
- Une peine de prison
  - Une interdiction d'exercer
  - Verser des dommages et intérêts
  - Un blâme
  - Une amende
  - Un avertissement
  - Ne Sait Pas
29. Lorsque la responsabilité disciplinaire d'une sage-femme est engagée que risque t-elle ? (plusieurs réponses possibles)
- Une peine de prison
  - Une interdiction d'exercer
  - Verser des dommages et intérêts
  - Un blâme
  - Une amende
  - Un avertissement
  - Ne Sait Pas
30. Quels sont les organismes d'accompagnement de la sage-femme en cas de procédure ?
- Le service juridique de l'hôpital
  - L'assurance professionnelle
  - Le conseil de l'ordre
  - Ne Sait Pas

#### Partie 4 : Votre ressenti face au risque médico-légal

31. Selon vous, la pression médico-légale en salle de naissance est :
- Très élevée
  - Elevée
  - Faible
  - Très faible
32. Diriez-vous que votre conscience du risque médico-légal augmente depuis quelques années ?
- Tout à fait d'accord
  - Plutôt d'accord
  - Plutôt pas d'accord
  - Pas du tout d'accord
33. Avez-vous déjà été confronté(e) à une plainte ou menace de plainte ?
- Oui
  - Non
34. Vous sentez-vous protégé(e) par l'organisation du service dans lequel vous travaillez ?
- Oui
  - Non
35. Diriez-vous que votre formation initiale était suffisante pour comprendre le risque médico-légal ?
- Tout à fait d'accord
  - Plutôt d'accord
  - Plutôt pas d'accord
  - Pas du tout d'accord
36. Pensez-vous que la mise en place de formations continues en lien avec l'évolution du cadre juridique de la profession serait pertinente ?
- Tout à fait d'accord
  - Plutôt d'accord
  - Plutôt pas d'accord
  - Pas du tout d'accord

Je vous remercie de votre participation,

Si vous avez des questions concernant mon étude, que vous souhaitez en recevoir les résultats ou connaître les réponses du questionnaire, je suis joignable à cette adresse mail : romane\_begon@hotmail.fr

Romane BEGON

## Annexe 10 : Correction du questionnaire

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

#### Surveillance du travail :

11. Cela fait-il partie de vos compétences légales ?  
 Oui, quelle que soit la situation
12. Avez-vous le droit de décider de réaliser un pH au scalp en cas d'ARCF (anomalie du rythme cardiaque fœtal) ?  
 Non
13. Avez-vous le droit de réaliser un pH au scalp en cas d'ARCF (anomalie du rythme cardiaque fœtal) ?  
 Oui

#### Analgésies / Médicaments :

14. Avez-vous le droit de poser l'indication de pose d'une péridurale ?  
 Oui
15. Devez-vous en informer le gynécologue-obstétricien ?  
 Non
16. Avez-vous le droit de faire une réinjection dans le cathéter de péridurale ?  
 Oui, après demande à l'anesthésiste
17. Avez-vous le droit d'effectuer l'ablation du cathéter de péridurale ?  
 Oui, sans l'accord de l'anesthésiste

18. Avez-vous le droit de prescrire (de manière autonome) ?

	Oui	Non	Ne sait pas
Un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote	x		
Nubain (nalbuphine)	x		
Spasfon (phloroglucinol)	x		
Syntocinon (oxytocine)	x		
Insuline IV		x	
Acupan (nefopam)	x		

#### L'accouchement

19. Avez-vous le droit de surveiller et pratiquer seul(e) l'accouchement d'une présentation céphalique ?  
 Oui, uniquement dans le cadre d'une situation physiologique

20. Avez-vous le droit de surveiller et pratiquer seul(e) l'accouchement d'une présentation podalique ?
- Oui, uniquement dans le cadre d'une situation physiologique
21. Avez-vous le droit de signer la déclaration de naissance ?
- Oui

### La délivrance

22. Avez-vous le droit de réaliser une délivrance artificielle ou révision utérine ?
- Oui
23. Lors d'une hémorragie de la délivrance qu'avez-vous le droit de faire ? (plusieurs réponses possibles)
- Réaliser une délivrance artificielle
  - Réaliser une révision utérine
  - Administrer de l'ocytocine
  - Décider de réaliser des prélèvements sanguins

### **Partie 3 : Connaissances en matière médico-légale**

24. Quel(s) texte(s) législatif(s) énonce(nt) les compétences des sages-femmes ?
- Code de déontologie
  - Code de la santé publique
  - Référentiel métier
25. Quel(s) document(s) a (ont) une valeur juridique en matière médico-légal ?
- L'ERCF (enregistrement cardiaque fœtal)
  - Le partogramme
  - Le dossier médical
  - Le dossier de soins
  - Certificat d'accouchement
26. Quelle responsabilité de la sage-femme est engagée lorsqu'un patient saisit le conseil de l'ordre des sages-femmes ?
- La responsabilité disciplinaire
27. Dans quelle(s) situation(s) la sage-femme engage-t-elle sa responsabilité pénale ?
- Exercice illégal de la profession
  - Violation du secret professionnel
28. Lorsque la responsabilité pénale d'une sage-femme est engagée que risque t-elle ? (plusieurs réponses possibles)
- Une peine de prison
  - Une amende

29. Lorsque la responsabilité disciplinaire d'une sage-femme est engagée que risque t-elle ?  
(plusieurs réponses possibles)

- Une interdiction d'exercer
- Un blâme
- Un avertissement

30. Quels sont les organismes d'accompagnement de la sage-femme en cas de procédure ?

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

**Annexe 11 : Tableau des connaissances en RML en fonction du temps d'exercice des sages-femmes**

	< 5ans n=42		5 à < 10 ans n=38		≥ 15 ans n=46		p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Textes compétences légales sages-femmes</b>							
Réponse Exacte	8	(19,0)	7	(18,4)	5	(10,9)	0,4
Réponse Fausse	31	(73,8)	31	(81,6)	38	(82,6)	
Ne Sait Pas	3	(7,1)	0	(0,0)	3	(6,5)	
<b>Documents valeur juridique</b>							
Réponse Exacte	17	(40,5)	8	(21,1)	11	(23,9)	0,1
Réponse Fausse	25	(59,5)	30	(78,9)	35	(76,1)	
Ne Sait Pas	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	
<b>Organismes accompagnant en cas de procédure</b>							
Réponse Exacte	25	(59,5)	26	(68,4)	28	(60,9)	0,6
Réponse Fausse	15	(35,7)	11	(28,9)	18	(39,1)	
Ne Sait Pas	2	(4,8)	1	(2,6)	0	(0,0)	
<b>Responsabilité conseil de l'ordre des sages-femmes</b>							
	18	(42,9)	20	(52,6)	14	(30,4)	0,2
	22	(52,4)	18	(47,4)	31	(67,4)	
	2	(4,8)	0	(0,0)	1	(2,2)	
<b>Responsabilité pénale</b>							
	4	(9,5)	4	(10,5)	2	(4,3)	0,5
	37	(88,1)	34	(89,5)	44	(95,7)	
	1	(2,4)	0	(0,0)	0	(0,0)	
<b>Risques si responsabilité pénale engagée)</b>							
	18	(42,9)	18	(47,4)	14	(30,4)	0,1
	22	(52,4)	20	(52,6)	32	(69,6)	
	2	(4,8)	0	(0,0)	0	(0,0)	
<b>Risques si responsabilité disciplinaire engagée</b>							
	33	(78,6)	19	(50,0)	26	(56,5)	0,02
	8	(19,0)	18	(47,4)	20	(43,5)	
	1	(2,4)	1	(2,6)	0	(0,0)	

**Annexe 12 :** Tableau satisfaction enseignement initial en fonction des écoles de formation

	Tout à fait d'accord / plutôt d'accord		Plutôt pas d'accord / pas du tout d'accord	
	n	(%)	n	(%)
<b>Nice</b>	38	(59,4)	26	(40,6)
<b>Marseille</b>	5	(62,5)	3	(37,5)
<b>Metz</b>	6	(85,7)	1	(14,3)
<b>Montpellier</b>	4	(57,1)	3	(42,9)
<b>Nancy</b>	2	(33,3)	4	(66,7)
<b>p-value</b>		<b>0,48</b>		



---

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS  
Faculté de Médecine  
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

---

**Titre** : Le risque médico-légal en salle de naissance : connaissances et ressenti des sages-femmes hospitalières

**Mots-clés** : Risque médico-légal – Sage-femme – Responsabilités

**Résumé** :

**Objectifs** : Faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes hospitalières concernant le risque médico-légal ainsi que sur leur champ de compétences en salle de naissance. Connaître leur ressenti face à ce risque.

**Méthodes** : Etude quantitative descriptive réalisée au sein de neuf établissements de différents types, privés ou publics, du Réseau Méditerranée. Elle a été faite sur la base de questionnaires renseignés par les sages-femmes.

**Résultats** : 126 professionnels ont participé à l'étude.

D'une manière générale, l'étude montre un défaut de connaissances des sages-femmes quant au risque médico-légal avec des questions ayant obtenu un maximum de 62,7% de bonnes réponses et un minimum de 7,9%. Cependant les professionnels semblent connaître l'étendue ainsi que les limites de leur fonction même si certains points mériteraient d'être améliorés. L'étude démontre également le vif intérêt que les sages-femmes portent au risque médico-légal ainsi que leurs désirs de suivre des formations complémentaires sur cette thématique.

**Conclusion** : Plusieurs actions sont à menées afin de pallier à ce défaut de connaissances et répondre aux besoins et attentes exprimées par les sages-femmes.

---

**Title** : The medico-legal risk in delivery room : knowledge and feeling of hospital midwives

**Keywords** : Medico-legal risk – Midwife – Responsibility

**Abstract** :

**Aims** : State of the hospital midwives' knowledge about medico-legal risk as well as their field of competence in delivery room ; And also understand their feeling in front of this risk.

**Methods** : Descriptive and quantitative study done in nine establishments of different categories, in the private or public sector, from the « Réseau Méditerranée ». this study was made based on questionnaire filled by midwives.

**Results** : 126 professionals took part of the study.

Generally speaking, the study shows a lack of midwives' knowledge about medico-legal risk. This statement is inferred from the rate of correct answer to the questions which ranks from 7,9 % to 62,7%. However, professionals seem to know the perimeter as well as the limits of their function, even if some aspects need to be improved. The study also demonstrates the midwives' interest about medico-legal risk and their motivation to attend trainings to improve their skill on this topic.

**Discussion** : Several actions have to be done to overcome this lack of knowledge and respond to the needs and expectations exposed by midwives.