

Table des matières

LEXIQUE	4
INTRODUCTION	5
1 La profession de sage-femme	8
1.1 L'histoire de la profession	8
1.1.1 L'apparition de la profession de sage-femme	8
1.1.2 L'apparition de textes encadrant la profession	13
1.2 L'organisation de la profession	19
1.2.1 Les conditions d'accès à la profession	19
1.2.2 Le conseil de l'ordre	20
1.2.2.1 Le pouvoir disciplinaire	21
1.2.2.2 Le pouvoir réglementaire et le code de déontologie	22
1.3 Les différents modes d'exercice de la profession de sage-femme et les responsabilités	24
1.3.1 La fonction publique hospitalière	25
1.3.2 La fonction publique territoriale	27
1.3.3 L'exercice en établissement de santé privé	28
1.3.4 L'exercice libéral	30
2 Les compétences de la sage-femme	32
2.1 Le champ de compétences de la sage-femme	32
2.1.1 L'étendue du champ de compétences	32
2.1.1.1 Le suivi prénatal	32
2.1.1.2 Le suivi per natal	33
2.1.1.3 Le suivi post natal	34
2.1.1.4 Le suivi gynécologique de prévention	34
2.1.1.5 Les autres compétences	36
2.1.2 Les principes du champ de compétences	37
2.1.2.1 La physiologie	37
2.1.2.2 L'indépendance professionnelle.....	39
2.2 Les limites au champ de compétences de la sage-femme	40
2.2.1 La pathologie	40
2.2.1.1 La définition de la pathologie	40
2.2.1.2 La pathologie et les données acquises de la science	41
2.2.2 La sage-femme auxiliaire du médecin	43
2.2.2.1 La situation de la sage-femme.....	43
2.2.2.2 La prescription et la direction	43

3	La responsabilité pour faute de la sage-femme	45
3.1	La responsabilité fondée sur la faute pour les professionnels de santé	45
3.1.1	Les évolutions de la responsabilité médicale	45
3.1.1.1	La faute médicale civile	45
3.1.1.2	La faute médicale à l'hôpital	46
3.1.1.3	La loi du 04 mars 2002	47
3.1.2	La typologie des fautes médicales	48
3.1.2.1	La faute de conscience	48
3.1.2.2	La faute de science	49
3.2	Les spécificités liées à la profession de sage-femme	50
3.2.1	Le défaut d'appel au médecin	50
3.2.1.1	La faute de diagnostic	50
3.2.1.2	La situation d'urgence	52
3.2.2	Le dépassement de compétences	54
3.2.2.1	Les actes ou prescription hors du champ de compétences	54
3.2.2.2	Les actes hors compétences en situation d'urgence	59
3.2.3	Les interactions entre la sage-femme et l'obstétricien	60
3.2.3.1	Le désaccord entre la sage-femme et l'obstétricien	60
3.2.3.2	La collaboration dans le champ de compétences de la sage-femme	61
3.2.3.3	Les relations entre la sage-femme et l'interne en médecine	63
	CONCLUSION	65
	BIBLIOGRAPHIE	67
	Textes législatifs et réglementaires	70
	Arrêts	73
	ANNEXES	75
	Annexe I : Extrait du traité « <i>Des maladies des femmes</i> » de Soranos d'éphèse	75
	Annexe II : Loi du 19 ventôse an XI	76
	Annexe III : Loi du 22 novembre 1892	77
	Annexe IV : Droits de prescription des sages-femmes 1952-1959	78
	Annexe V : Liste des vaccinations	79
	Annexe VI : Liste des dispositifs médicaux	80
	Annexe VII : Liste des médicaments	81
	Annexe VIII : Code de déontologie des sages-femmes	84
	Annexe IX: Jurisprudences	93

LEXIQUE

- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
COSF : Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes
CSP : Code de la Santé Publique
DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers d'Aide à la personne Privés non lucratifs
FHP : Fédération Hospitalière Privée
HAS : Haute Autorité de Santé
IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LMD : Licence-Master-Doctorat
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé
PCEM : Premier Cycles des Etudes Médicales
PMI : Protection Maternelle et Infantile
RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit
RMO : Références Médicales Opposables
RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique
RPPS : Répertoire Partagé des Professions de Santé
SA : Semaines d'Aménorrhée

INTRODUCTION

L'Article L1142-1 du Code de la Santé Publique (CSP) issu de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 98¹ a consacré le principe de responsabilité pour faute des professionnels de santé. Ceux-ci sont cités dans la 4^{ème} partie du CSP avec au sein du livre 1^{er} les professions médicales (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme) qui se caractérisent par leurs capacités de diagnostic et de prescription. Les professions de la pharmacie (pharmacien et préparateur en pharmacie) sont évoqués dans le livre 2^{ème} tandis que les professions paramédicales sont nommées dans le livre 3^{ème} (Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers).

En raison du principe d'inviolabilité du corps humain², il est nécessaire d'encadrer juridiquement l'activité médicale et l'article 16-3 du Code Civil³ vient la préciser : « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne..* ». Seule la loi peut définir le champ de compétences d'une profession médicale. En ce qui concerne les médecins, il n'existe pas de texte limitant leur champ de compétences. En revanche, pour les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes un certain nombre de lois et de décrets encadre leurs pratiques. Pour les chirurgiens-dentistes les compétences sont uniquement limitées à une sphère anatomique puisque « *la pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants..* »⁴. Ils peuvent donc prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de leur art⁵.

En ce qui concerne les sages-femmes, leurs compétences sont limitées à la physiologie. L'article L4151-1 du CSP⁶ définit le champ d'exercice de la sage-femme et le cœur de métier. Les actes énumérés présentent un caractère exclusif puisque ceux qui ne sont pas sages-femmes et qui réaliseraient ces actes relèvent du délit d'exercice illégal de la profession de sage-femme. Cet article est complété par les articles L4151-2⁷ qui autorise les sages-femmes « *à pratiquer les vaccinations dont*

¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002, page 4118, texte n° 1. NOR: MESX0100092L

² Article 16-1 du Code Civil créé par la Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain. NOR: JUSX9400024L

³ Article 16-3 du Code Civil modifié par la Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. NOR: SANX0100053L

⁴ Article L4141-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par l'Ordonnance n°2008-507 du 30 mai 2008 - art. 25

⁵ Article L4141-2 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 53 JORF 22 décembre 2006

⁶ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

⁷ Article L4151-2 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 103 JORF 11 août 2004

la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé » et L4151-4⁸ qui précise que les sages-femmes peuvent prescrire « les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession, les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ». Il n'existe plus de liste pour les instruments depuis l'abrogation de l'arrêté⁹ fixant la liste d'examens radiologiques, de laboratoire et de recherche en octobre 2011. En revanche, la prescription de médicaments reste encadrée par une liste de médicaments issus d'une classe thérapeutique.

L'Article L4151-3 du CSP¹⁰ précise les limites du champ de compétences de la sage-femme : « *En cas de pathologie maternelle, foetale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques* ».

La profession de sage-femme a beaucoup évolué pour parvenir à l'exercice pratiqué en France aujourd'hui. Le mode de recrutement, la formation et les compétences des sages-femmes sont directement liés aux remaniements de l'histoire, rendant les sages-femmes autonomes ou dépendantes. Certaines activités qui leur étaient dévolues leur sont désormais interdites, alors que des nouvelles apparaissent dans leur champ de compétences. Afin de rendre compte de la réalité de la profession de sage-femme, de comprendre quelle est sa place et son rôle dans le contexte contemporain, il est essentiel d'exposer, dans une première partie, l'histoire et l'organisation actuelle de la profession. Préciser les différents modes d'exercice permettra d'évoquer les différentes responsabilités qui y sont associées.

Le champ de compétences des sages-femmes semble clairement défini, que ce soit au niveau de son étendue ou de ses limites. Toutefois, les articles L4151-1 à L4151-4 peuvent se révéler compliqués à interpréter en raison des termes utilisés. Ainsi, la délimitation entre la physiologie et la pathologie n'est pas strictement définie légalement ou médicalement. Certaines caractéristiques de l'exercice de la profession de sage-femme, qui peut être seule ou agir sous la prescription d'un médecin, seront développées dans une deuxième partie afin de mieux appréhender le domaine de compétences des sages-femmes.

La sage-femme, comme tout professionnel de santé risque de voir sa responsabilité engagée en cas de faute. Cependant, les particularités liées à l'exercice de la profession sont à l'origine de fautes spécifiques à la sage-femme comme l'absence (ou le retard) à prévenir le médecin en cas de pathologie, ou encore le dépassement de compétences. La sage-femme est une professionnelle qui

⁸ Article L4151-4 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5

⁹ Arrêté du 3 octobre 1988 fixant la liste des instruments que peuvent employer les sages-femmes. NOR: SPSP8801520A.

¹⁰ Article L4151-3 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004

exerce le plus souvent en équipe puisque la majorité d'entre elles pratique à l'hôpital public¹¹. Elle est donc amenée à interagir avec des médecins de différentes spécialités : obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, ainsi qu'avec d'autres professionnels salariés de l'établissement : infirmières, puéricultrices, aides-soignantes,...mais également avec des étudiants, externes, étudiantes sages-femmes, élèves infirmières,... Suivant le lieu d'exercice, elle est également soumise à une hiérarchie : directeur d'hôpital, de clinique... La troisième partie présentera donc la responsabilité fondée sur la faute et les spécificités de la profession de sage-femme, et plus particulièrement la sage-femme exerçant en secteur hospitalier et ses interactions avec l'obstétricien.

¹¹ Cavillon M, La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs Etudes et résultats n° 791, mars 2012, Source : <http://www.drees.sante.gouv.fr>

1 La profession de sage-femme

1.1 L'histoire de la profession

1.1.1 L'apparition de la profession de sage-femme

Pendant des siècles, les accoucheuses ont assisté les femmes en couches et, aussi loin qu'il est possible de remonter dans l'histoire, la matrone ou la sage-femme a hérité son savoir par tradition orale, directement d'une autre accoucheuse. Il n'existait pas ou peu de formations organisées, ni d'encadrement légal ou réglementaire de la pratique de l'obstétrique.

Dans toutes les sociétés antiques, l'art de l'accouchement était réservé aux femmes car des interdits religieux en éloignaient les hommes. Les dieux étaient les maîtres suprêmes de la destinée et agissaient directement sur les fonctions vitales. Le seul recours face à la maladie était de se concilier leur bienveillance grâce à un mélange inextricable de religion, de magie et de science. Ainsi en Egypte l'obstétrique était pratiquée par des prêtresses. Considérées comme l'incarnation des déesses, elles jouissaient d'une grande vénération¹². C'était dans les temples que la médecine des femmes et l'obstétrique étaient enseignées par des femmes instruites¹³. Progressivement, la médecine et l'obstétrique vont perdre leur caractère sacerdotal et des corporations de médecins et de sages-femmes vont se mettre en place¹⁴. La médecine égyptienne, même empreinte de magie et de superstition procédait déjà à l'expérimentation au travers des observations minutieuses et des essais pratiques menés pour guérir et soulager grâce à une pharmacopée très riche¹⁵. La façon dont ces accoucheuses acquéraient leur formation n'est pas connue, mais leurs pratiques obstétricales nous sont principalement parvenues grâce à quatre papyrus (papyrus de Kahoun : 2200 avant J.C., papyrus de Westcar : 1700 avant J.C., papyrus Ebers : 1550 avant J.C., et papyrus Brugsch ou Grand papyrus de Berlin : 1250 avant J.C.)¹⁶.

En Grèce les sages-femmes étaient les héritières des prêtresses, vouées aux cultes des déesses de la fécondité et de l'accouchement. La profession semblait en partie réglementée puisqu'une loi Athénienne, en 400 avant J.C., stipulait qu'elles devaient être de naissance libre, avoir donné des preuves de fécondité et ne plus

¹² Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1981, Tome 1 :189p : p 24

¹³ Leroy F, Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Bruxelles, Ed De Boeck Université, 2002, 456p : p 41

¹⁴ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1981, Tome 1 :189p : p 27

¹⁵ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1981, Tome 1 :189p : p 51

¹⁶ Leroy F, Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Bruxelles, Ed De Boeck Université, 2002, 456p : p 39

être capable de concevoir¹⁷. Tout ce qui concernait l'accouchement normal relevait des sages-femmes, et le médecin n'était appelé qu'en cas de nécessité extrême. Les sages-femmes transmettaient secrètement leur enseignement filialement ou de maîtresse à adepte¹⁸. Elles vont cependant progressivement se détacher des contraintes religieuses, abandonner les pratiques magiques, et faire progresser la connaissance des phénomènes de la parturition grâce à leur excellent sens clinique¹⁹. Certaines sages-femmes sont restées célèbres, comme Phaenarète, la mère de Socrate, ou Aspasia dont les observations cliniques, les théories et prescriptions, nous sont parvenus dans des fragments d'écrits (V^{ème} siècle av JC)²⁰.

A Rome ce sont les médecins et sages-femmes grecs, que la conquête de leur pays a conduit à s'expatrier ou réduits en esclavage, qui ont introduit une médecine évoluée. Là encore, la plupart des sages-femmes (*obstetricie medicae*) étaient instruites, et l'apprentissage s'effectuait d'une ancienne vers une plus jeune. Pline l'ancien (23-79 après J.C.) dans « *Histoire naturalis* » décrit les recettes populaires utilisées dans le monde romain pour aider les femmes en couches²¹. Il mentionne les noms de certaines sages-femmes grecques notoires et leurs prescriptions médicales. Toutefois les classes populaires recouraient volontiers à certaines accoucheuses non instruites. Celles-ci avaient hérité leur savoir de leur mère, de leur tante ou de celles qui les avaient précédées dans la fonction. Une réelle réglementation de l'exercice de l'obstétrique ne semble pas avoir existé, cependant, le traité « *Des maladies et des femmes* » de Soranos d'éphèse (50 après J.C.) est divisé en 4 parties dont le 1^{er} est consacré aux sages-femmes. Il énonce les qualités, aptitudes et connaissances qu'elles devaient présenter : « *la future sage-femme doit être intelligente avoir appris à lire...pour qu'elle puisse assimiler la théorie de l'art* »²². Ce livre destiné aux sages-femmes avait pour objectif de faire d'elles des spécialistes connaissant les sciences fondamentales²³ et une partie du texte est comparable à un code d'éthique (cf annexe I)²⁴.

L'effondrement de l'empire romain à la fin du IV^{ème} siècle et la disparition d'une partie des biens intellectuels et culturels hérités des civilisations gallo-romaines et grecques a laissé la place à l'empirisme et à l'ignorance. Durant le Moyen Âge la maladie et les accidents étaient la conséquence du péché, de la malédiction de

¹⁷ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^{ème} siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1981, Tome 1 :189p : p 67

¹⁸ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^{ème} siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1981, Tome 1 :189p : p 66

¹⁹ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^{ème} siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1981, Tome 1 :189p : p 102

²⁰ Leroy F, Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Bruxelles, Ed De Boeck Université, 2002, 456p : p 59

²¹ Leroy F, Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Bruxelles, Ed De Boeck Université, 2002, 456p : p 71

²² Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^{ème} siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1981, Tome 1 :189p : p 167

²³ Knibiehler Y, Histoire des mères et de la maternité en occident, Paris, Ed PUF, 2000, 127p : p19

²⁴ Leroy F, Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Bruxelles, Ed De Boeck Université, 2002, 456p : p 77

Dieu²⁵. L'art de guérir était imprégné de superstitions et se limitait à certaines pratiques comme la saignée, la pose de ventouses, et quelques breuvages à base de plantes. Avant de connaître la médecine arabe, la médecine occidentale reposait sur quelques traités de médecine antique, conservés et recopiés par les moines, et dans lesquels la gynécologie et l'obstétrique apparaissent assez négligées²⁶. La médecine était pratiquée par des clercs qui avaient conservé quelques rudiments de médecine et d'apothicairerie²⁷ dans les monastères, ou par les mires, sorte de guérisseurs laïques. Les accouchements²⁸ pouvaient être pratiqués par les miresses, ou les sages-femmes. Celles-ci ne lisaient pas le grec mais il semblerait que quelques unes connaissaient l'ouvrage de Soranus d'Ephèse sous sa forme abrégée et traduite en latin par un certain Moschion (VI^{ème} siècle)²⁹. Rares étaient les femmes qui avaient accès à l'éducation et les accouchements étaient surtout pratiqués par des matrones locales dont le savoir empirique se transmettait de façon orale, de mère à fille ou dans le même cercle familial³⁰. Ces accoucheuses qui prêtaient assistance aux femmes en couches par charité possédaient un grand prestige dans la communauté³¹. Quiconque pouvait faire office de matrone, et la majorité des accouchements étaient effectués à domicile.

La mortalité était élevée, et pour l'église il n'était pas concevable qu'un enfant meure sans avoir reçu le baptême. Progressivement l'église va souhaiter contrôler les matrones, également suspectées de complicité dans les avortements et les infanticides³². Certaines se livraient à des pratiques illégales comme les avortements provoqués, elles détenaient des recettes secrètes permettant la contraception ou favorisant les fausses couches. L'avortement était considéré comme une faute très grave, et la pénitence infligée était la même que pour les assassins³³. Le fait d'avoir appris ou d'avoir enseigné comment avorter était un péché tout aussi grave. De plus, les matrones étaient parfois considérées comme des sorcières car elles usaient de rituels et d'amulettes magiques pour protéger le nouveau-né de visées maléfiques³⁴. D'ailleurs, dans le livre du « *Marteau des sorcières (Malleus maleficarum)* » publié en 1486, les deux auteurs dominicains font l'amalgame accoucheuse-avorteuse-sorcière et nombre d'entre elles furent condamnées au bûcher³⁵. A Paris en 1409, une sage-

²⁵ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^{ème} siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 11

²⁶ Verdon J, Les femmes en l'An Mille, Ed Librairie académique Perrin, 1999, 353p : p 94

²⁷ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^{ème} siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 11

²⁸ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^{ème} siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 13

²⁹ Verdon J, Les femmes en l'An Mille, Ed Librairie académique Perrin, 1999, 353p : p 96

³⁰ Leroy F, Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Bruxelles, Ed De Boeck Université, 2002, 456p : p 87-88

³¹ Gélis J, La sage-femme ou le médecin, Une nouvelle conception de la vie, Paris, Ed Fayart, 1988, 560p : p 18

³² Knibiehler Y, Histoire des mères et de la maternité en occident, Paris, Ed PUF, 2000, 127p : p 40

³³ Verdon J, Les femmes en l'An Mille, Ed Librairie académique Perrin, 1999, 353p : p 127

³⁴ Knibiehler Y, Histoire des mères et de la maternité en occident, Paris, Ed PUF, 2000, 127p : p 40

³⁵ Gélis J, La sage-femme ou le médecin, Une nouvelle conception de la vie, Paris, Ed Fayart, 1988, 560p : p 50

femme fut condamnée au pilori pour avoir fourni un fœtus mort qui sera utilisé pour des pratiques de sorcellerie³⁶.

La matrone va alors être choisie par le curé³⁷, en fonction de critères d'âge, de ses principes religieux et de ses bonnes mœurs. Le plus souvent analphabète, son savoir obstétrical était fondé sur son vécu personnel et sur la transmission de mère à fille, mais elle devait surtout être bonne chrétienne et pouvait ainsi baptiser les enfants in utero³⁸.

Vers 1200 naît l'Université de Paris, au sein de laquelle les médecins, les mires vont pouvoir s'instruire sur « *l'art de guérir les corps et de conserver la santé* »³⁹, l'enseignement étant interdit aux femmes, les miresses et les médiennes vont alors disparaître⁴⁰.

Il semble que les débuts de la profession de sage-femme en France puissent être datés de la fin du XIV^{ème} siècle et début du XV^{ème} siècle où il est possible de retrouver la trace des premières « charges de sages-dames ». Il s'agissait de femmes ayant déjà la pratique des accouchements qui vont être pensionnées par la ville. D'autres seront dédommagées au prorata du nombre d'accouchements effectués, ou exerceront librement, la plupart d'entre elles étant devenues accoucheuses par nécessité⁴¹. La plus célèbre d'entre elles est Louise Bourgeois (1563-1636) qui fut l'accoucheuse de Marie de Médicis⁴².

L'édit royal de Henry III en 1581, confirmé par l'ordonnance de 1587 avait rendu obligatoire dans tout le royaume l'établissement de maîtrise et corporations⁴³. Il a été retrouvé la trace d'un statut relatif à l'exercice du métier de sage-femme à Paris daté de 1560, dont certains articles précisaient les devoirs auxquels elles étaient soumises⁴⁴. C'est Louis XIV, au travers d'un édit royal de 1664, qui a imposé aux sages-femmes de s'organiser en corporation sous la surveillance des chirurgiens-barbiers⁴⁵. Les sages-femmes n'étaient autorisées à exercer qu'après avoir été examinées par les hommes de l'art dont elles dépendaient réglementairement. En effet nul ne pouvait avoir une activité professionnelle en

³⁶ Leroy F, Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Bruxelles, Ed De Boeck Université, 2002, 456p : p 109

³⁷ Leroy F, Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Bruxelles, Ed De Boeck Université, 2002, 456p : p 96

³⁸ Leroy F, Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Bruxelles, Ed De Boeck Université, 2002, 456p : p 95

³⁹ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^{ème} siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 13

⁴⁰ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^{ème} siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 13

⁴¹ Gélis J, La sage-femme ou le médecin, Une nouvelle conception de la vie, Paris, Ed Fayart, 1988, 560p : p 26-27

⁴² ⁴² Leroy F, Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Bruxelles, Ed De Boeck Université, 2002, 456p : p 170

⁴³ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^{ème} siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 16

⁴⁴ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^{ème} siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 42

⁴⁵ Knibiehler Y, Histoire des mères et de la maternité en occident, Paris, Ed PUF, 2000, 127p : p 40

dehors d'une corporation, et « seuls les hommes étaient autorisés à exercer un « art »...Les sages-femmes ne pouvant pas créer leur propre corporation elles avaient été rattachées à celle de Saint Côme, la corporation des chirurgiens à qui elles devaient obéissance ...»⁴⁶. En province cet examen était purement théorique puisque ces chirurgiens n'avaient souvent jamais assisté à un accouchement.

A Paris, les sages-femmes étaient soumises à un contrôle plus sévère des médecins et chirurgiens du Châtelet⁴⁷. Il semble qu'elles aient constitué un corps de métier reconnu officiellement et certaines étaient requises comme experts lors de procédures⁴⁸. Elles pouvaient, en principe, assister à un enseignement d'anatomie réalisé par un des chirurgiens du Châtelet⁴⁹, mais il n'existait aucun cours officiel, l'apprentissage étant réalisé auprès d'une sage-femme installée.

En France, la première formation pour les sages-femmes date de 1630, lorsque l'office des accouchées de l'Hôtel Dieu de Paris a commencé à « admettre une apprentisse » qui opérait sous les yeux de la « maîtresse sage-femme ». Pour être apprentisse il fallait être mariée et fournir un certificat de consentement du mari, mais également être catholique et apporter un certificat de bonnes mœurs délivré par le curé⁵⁰. Très peu de sages-femmes étaient formées chaque année. Ce nombre augmentera progressivement, mais sera limité en 1733 à une vingtaine par an et ces dernières s'installaient et exerçaient surtout à Paris⁵¹.

Dans les campagnes il n'y avait pas de sage-femme, les accouchements étaient toujours pratiqués par les matrones du village, souvent âgées. Elles étaient désignées par l'ensemble des femmes du village et par le curé qui leur faisait prêter serment. Aucun certificat d'apprentissage n'était demandé ni aucune connaissance obstétricale. Il leur suffisait de présenter un certificat de bonne moralité et de savoir baptiser les enfants y compris in utero⁵².

Le premier édit royal réglementant la profession de sage-femme dans tout le royaume date de 1692, et prévoit les conditions de réception des sages-femmes devant les chirurgiens-jurés. Ce texte n'étant que peu appliqué, de nouveaux statuts seront publiés en 1730 et constitueront la référence réglementaire pour les chirurgiens et les sages-femmes jusqu'à la loi de l'an XI⁵³.

⁴⁶ Gélis J, La sage-femme ou le médecin, Une nouvelle conception de la vie, Paris, Ed Fayart, 1988, 560p : p 42

⁴⁷ Gélis J, La sage-femme ou le médecin, Une nouvelle conception de la vie, Paris, Ed Fayart, 1988, 560p : p 43

⁴⁸ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 14

⁴⁹ Gélis J, La sage-femme ou le médecin, Une nouvelle conception de la vie, Paris, Ed Fayart, 1988, 560p : p 43

⁵⁰ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 16

⁵¹ Leroy F, Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Bruxelles, Ed De Boeck Université, 2002, 456p : p 195

⁵² Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 17

⁵³ Gélis J, La sage-femme ou le médecin, Une nouvelle conception de la vie, Paris, Ed Fayart, 1988, 560p : p 44

Au début du XVIII^{ème} siècle apparaît une prise de conscience de la valeur de la vie humaine et une volonté d'améliorer les conditions de la naissance : la formation des sages-femmes et des accoucheurs devient une préoccupation essentielle. Madame Angélique Le Boursier Du Coudray (1712-1792), après avoir exercé à Paris comme maîtresse sage-femme à l'Hôtel Dieu, revient dans sa province natale, l'Auvergne et se décide à instruire les matrones des villages. Pour rendre ses cours plus explicites, en 1756, elle conçoit un mannequin d'accouchement et en 1759, elle consigne son instruction théorique, rédigée simplement pour permettre à ses élèves de s'y référer, dans un « Abrégé de l'Art des Accouchements » comprenant de nombreuses planches illustrées. Devant l'efficacité de l'œuvre entreprise, Louis XV autorise Madame Du Coudray à poursuivre son enseignement. Celle-ci, munie de son brevet royal va débiter en 1757 un long périple de 25 ans dans les provinces françaises, donnant des cours qui duraient 6 à 8 semaines devant des centaines de femmes analphabètes. Les élèves, choisies par la communauté de femmes avec l'approbation du curé, étaient souvent d'anciennes matrones⁵⁴.

Finalement en 1789, seul un petit nombre de sages-femmes était instruit. La majorité des accouchements était toujours effectuée par les matrones parfois dangereuses malgré leur savoir traditionnel transmis de générations en générations et basé sur une large expérience pratique personnelle⁵⁵.

1.1.2 L'apparition de textes encadrant la profession

La tourmente révolutionnaire va entraîner la suppression des corporations avec le décret d'Allarde (2 et 17 mars 1791)⁵⁶ et la loi Le Chapelier (14-17 juin 1791)⁵⁷, en particulier celle des chirurgiens-barbiers à laquelle étaient rattachées les sages-femmes. La liberté professionnelle étant promulguée, les matrones ont pu ainsi continuer à exercer sans être inquiétées.

Certains révolutionnaires avaient conservé l'idée que les sages-femmes devaient être formées, et nombreuses étaient les communautés qui manifestaient leur désir de disposer d'accoucheuses expérimentées. Face à l'importance de la mortalité néonatale, l'Assemblée nationale constituante va se préoccuper de la formation des sages-femmes et envisager la création d'une école nationale⁵⁸. Jean-

⁵⁴ La machine de Madame Du Coudray, ou l'art des accouchements au XVIII^e siècle, Ed Point de vues, musée Flaubert et d'histoire de la médecine, Rouen, 2004, 60p

⁵⁵ Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIX^e siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p :105

⁵⁶ Loi du 2-17 mars 1791 (décret d'Allarde) : «[...] Il sera libre à toute personne de faire tel négoce ou d'exercer telle profession, art ou métier qu'elle trouvera bon [...]» source : <http://www.lexinter.net>

⁵⁷ Loi des 14-17 juin 1791 (loi Le Chapelier) : «Art. 1. L'anéantissement de toutes espèces de corporations des citoyens du même état ou profession étant une des bases fondamentales de la Constitution française, il est défendu de les rétablir de fait, sous quelque prétexte et quelque forme que ce soit. [...]»source : <http://www.lexinter.net>

⁵⁸ Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIX^e siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p : p 106

Antoine Chaptal, conseiller d'Etat puis ministre, avait le projet d'associer un lieu d'accueil pour les femmes en couches à un lieu d'instruction des élèves sages-femmes et des élèves médecins. Le 30 juin 1802 (Arrêté du 11 Messidor an X)⁵⁹ il créa l'école de l'hospice de la Maternité qui ouvrira ses portes le 22 décembre 1802⁶⁰. L'enseignement durait six mois et était réservé aux seules élèves sages-femmes sous l'influence de la sage-femme en chef de l'hospice de la Maternité, Marie-Louise Lachapelle (1769-1821), opposée à l'idée d'une école mixte⁶¹.

L'école accueillait une centaine d'élèves qui étaient logées, nourries, chauffées et éclairées moyennant pension. L'arrêté du 11 Messidor an X organisait les enseignements théoriques et pratiques qui alternaient dans la même journée sous la responsabilité de la sage-femme en chef. Très vite il s'avèrera que les six mois d'enseignement seront insuffisants et les élèves pourront, après autorisation du jury, suivre un deuxième cours. « *En 1807 le règlement est modifié et la durée du cours passe à une année, tout en maintenant pour les élèves qui le souhaitent la possibilité de redoubler...* »⁶². Les examens se déroulaient en présence des enseignants de l'école : le chirurgien, le médecin et la sage-femme en chef. La faculté de médecine délivrait, à celles qui étaient reçues, un certificat de capacité leur permettant d'exercer dans toute la France.

Pendant ce temps, les cours d'accouchements datant de l'Ancien Régime étaient toujours dispensés dans certaines provinces, et les préfets multipliaient les demandes pour réclamer leur maintien ou en ouvrir de nouveaux⁶³. L'éloignement, le problème de la langue et l'obligation de savoir lire et écrire pour être admise à l'école parisienne, étaient des obstacles insurmontables pour les provinciales. Il devenait alors plus intéressant pour les préfets d'envoyer les aspirantes dans les hospices départementaux et dans les facultés de Médecine, qui vont s'ouvrir après 1803, en premier lieu à Paris, Strasbourg et Montpellier.

La loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI), qui consacre un titre sur six à l'instruction et à la réception des sages-femmes (cf annexe II), va chercher à réaliser un compromis. Les sages-femmes vont bénéficier de deux modes de formation : soit l'apprentissage avait lieu dans les trois facultés de médecine (Paris, Montpellier, Strasbourg) et à l'école de la Maternité, elles pouvaient alors exercer dans toute la France, soit les sages-femmes étaient formées dans les hospices départementaux, et leur diplôme ne leur donnait le droit d'exercer que dans le département où elles avaient été formées. Un décret du 22 août 1854 puis l'ordonnance du 02 février 1823

⁵⁹ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 95-98

⁶⁰ Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIXème siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p : p 107

⁶¹ Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIXème siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p : p 108

⁶² Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIXème siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p : p 119

⁶³ Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIXème siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p : p 200

officialiseront ces deux catégories de sages-femmes qui perdureront jusqu'en 1916⁶⁴.

Après 12 années sans encadrement, cette loi du 19 ventôse an XI vient réglementer l'exercice des professions médicales (médecins, chirurgiens, officiers de santé et sages-femmes). Elle érigeait les conditions d'accès à la profession, le déroulement des études, la délivrance et l'enregistrement du diplôme. Elle fixait également les conditions d'exercice des sages-femmes, et précisait que celles-ci « *ne pourront employer les instruments, dans les cas d'accouchement laborieux, sans appeler un docteur, un médecin ou un chirurgien anciennement reçu* » (article 33). « *L'emploi du perce-crane ou du forceps n'était même pas interdit à la sage-femme, on sait que Mme Lachapelle a tracé les règles des divers modes d'application des cuillères et que Baudelocque et Dubois ne dédaignaient pas de la faire opérer sous leurs yeux* »⁶⁵. Les sages-femmes qui ne respectaient pas cette disposition étaient responsables des accidents qui pouvaient survenir et étaient donc passibles des tribunaux⁶⁶.

La loi définissait aussi l'exercice illégal de la profession de sage-femme, imposait le secret médical, et précisait les sanctions encourues (articles 35 et 36)⁶⁷. Les matrones continueront pourtant d'exercer jusqu'à la fin du XIXe siècle, malgré la loi de l'an XI elles étaient tolérées dans les campagnes faute de sages-femmes pour les remplacer.

Le 25 Aout 1812, une décision ministérielle va limiter les instruments utilisés par les sages-femmes : des ciseaux pour couper le cordon, des sondes pour le cathétérisme vésical, des canules d'injections vaginales et intra utérines, des aiguilles ou des serres-fines pour la périnéorrhaphie, un tube laryngien pour les réanimations et l'emploi de tous ces instruments était enseigné à l'école⁶⁸.

La loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI) ne précisait pas le droit de prescription des sages-femmes, qui ne semblait pas limité, mais l'ordonnance du 29 octobre 1846 n'accorda la délivrance des substances vénéneuses qu'aux seuls médecins, officiers de santé et vétérinaires⁶⁹. Il faudra attendre le décret du 23 juin 1873 qui autorisera les sages-femmes des deux classes à prescrire de l'ergot de seigle⁷⁰, puissant utéro-tonique utilisé par les matrones depuis la fin du Moyen Âge.

⁶⁴ Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIXème siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p : p111-112

⁶⁵ Delaunay P, La Maternité de Paris, Paris, Ed Librairie médicale et scientifique Jules Rousset : p 351-352.

⁶⁶ Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIXème siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p : p 191

⁶⁷ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 80

⁶⁸ Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIXème siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p : p 191

⁶⁹ Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 83

⁷⁰ Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIXème siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p :192

Le décret du 9 juillet 1890 permettra la prescription et l'utilisation d'un antiseptique, sous la forme de paquet de 25 grammes de sublimé corrosif, associé à un gramme d'acide tartrique et un milligramme de solution alcoolisée de carmin d'indigo⁷¹, presque dix ans après la mise en place de la méthode antiseptique dans les hôpitaux de Paris.

Au XIX^{ème} siècle, c'étaient les filles mères et les femmes indigentes qui accouchaient à l'hôpital, les autres patientes accouchaient à domicile avec une sage-femme ou une matrone⁷². En cas d'accouchement dystocique, obtenir l'aide d'un médecin compétent n'était pas toujours facile pour les sages-femmes puisque jusqu'en 1882, les médecins n'avaient pas l'obligation de réaliser un stage obstétrical⁷³, et nombre d'entre eux n'avaient jamais pratiqué d'accouchement. Souvent les sages-femmes confrontées à l'urgence dépassaient leurs compétences et utilisaient les forceps, qui leur étaient pourtant interdits. A la campagne, les sages-femmes rurales accouchaient aussi les patientes à domicile. Elles pratiquaient la vaccination, la saignée et traitaient les maladies des femmes et des enfants. Elles effectuaient les soins aux opérés, mais aussi parfois les avortements. Elles dépassaient fréquemment leurs compétences en cas de pathologie et d'accouchement difficile, car le médecin était difficile à joindre. Les condamnations les plus nombreuses étaient prononcées pour complicité d'avortement, cependant en 1875 une sage-femme a été condamnée à quinze mois de prison et 240 francs d'amende pour usage du forceps et de la césarienne post-mortem⁷⁴.

En 1892 va intervenir une grande réforme de l'exercice de la médecine, qui comportera également des modifications concernant la réglementation de la profession de sage-femme. La loi du 22 novembre 1892⁷⁵ (cf annexe III) et le décret du 25 juillet 1893, tout en conservant les deux classes de sages-femmes vont faire passer la durée des études à deux ans⁷⁶. Cette loi du 22 novembre 1892 va profondément modifier l'article 33 de la loi du 19 ventôse an XI. En effet, l'article 4 de la nouvelle loi stipulait que désormais « *Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments* ». Cet article va également limiter leurs droits de prescription puisqu' : « *Il leur est également interdit de prescrire des médicaments sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de Médecine* ». Enfin, l'article 4 de la loi de 1892 va également réaffirmer qu'en cas « *d'accouchement laborieux, elles [les sages-femmes] feront appeler un docteur en médecine ou un*

⁷¹ Revue générale de clinique et de thérapeutique: Journal des praticiens, 1890, p 679

⁷² Morel MF, Naître en France du XVII au XXème siècles, Contact Santé n°230 /Année 2010 "Autour de la naissance. Il était une fois... une histoire d'orées...", p.47-49

⁷³ Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIXème siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p : p 350

⁷⁴ Lyonnais E, Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge de la mortalité maternelle entre 1870 et 1914, Mémoire pour obtenir le Diplôme d'état de sage-femme, Université Paris Descartes, Ecole de sages-femmes Baudelocque, Avril 2011, 82p

⁷⁵ Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIXème siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p : p 195

⁷⁶ Sage-Pranchère N, L'école des sages-femmes, Les enjeux sociaux de la formation obstétricale en France 1786-1916, Thèse d'histoire contemporaine, Université Paris Sorbonne, 2011 : p 43

officier de santé ». Le fait pour une sage-femme d'utiliser un instrument, un médicament en dehors de son champ de prescription ou de ne pas appeler un médecin en cas d'accouchement laborieux, était passible de 100 à 500 francs d'amende et, en cas de récidive, de 500 à 1000 francs d'amende et/ou six jours à six mois de prison⁷⁷.

Au XIX^{ème} siècle, les développements de l'anesthésie et de l'hygiène, les progrès de l'obstétrique ont amélioré les conditions d'accueil de sécurité et de confort à l'hôpital mais celui-ci gardait une image défavorable. Les femmes qui en avaient les moyens préféraient toujours accoucher à domicile, en général avec une sage-femme⁷⁸.

Le 5 Août 1916⁷⁹, une loi va uniformiser les diplômes de sage-femme ainsi que leur formation aboutissant au premier programme des études officialisé par le décret du 9 janvier 1917⁸⁰. La loi n° 263 du 17 mai 1943, modifiée par la loi n° 191 du 24 avril 1944 porta la durée des études à 3 ans en instaurant la première année commune avec les infirmières, suivi de trois semestres d'obstétrique et un semestre de puériculture. Elle a été complétée par un arrêté du 14 juin 1944, fixant le programme des études⁸¹.

Jusqu'en 1950, deux pratiques ont coexisté : la bourgeoisie et les paysannes accouchaient plutôt à la maison, et les classes populaires urbaines, plutôt en milieu hospitalier. À partir de 1952, l'évolution va s'accélérer : la majorité des accouchements a désormais lieu en milieu hospitalier et conduisent au XXI^{ème} siècle au basculement de la majorité des accouchements du domicile vers le milieu hospitalier⁸².

Le droit de prescription des sages-femmes, très restreint, va peu évoluer après le décret de 1873. Il faudra attendre un arrêté du 18 juin 1952⁸³ qui précise les préparations à base de substances vénéneuses que peuvent prescrire les sages-femmes et un arrêté du 7 août 1952 qui leur permet la prescription de quelques solutions, pommades, pansements, alcool, et laxatifs habituellement délivrés sans

⁷⁷ Lyonnais E, Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge de la mortalité maternelle entre 1870 et 1914, Mémoire pour obtenir le Diplôme d'état de sage-femme, Université Paris Descartes, Ecole de sages-femmes Baudelocque, Avril 2011, 82p

⁷⁸ ⁷⁸ Morel MF, Naître en France du XVII au XX^{ème} siècles, Contact Santé n°230 /Année 2010 "Autour de la naissance. Il était une fois... une histoire d'orées...", p.47-49

⁷⁹ Loi du 05 Août 1916 parue au journal officiel le 06 Août 1916, source : <http://www.gallica.bnf.fr>

⁸⁰ Décret du 9 Janvier 1917, Arrêtés des 11 Janvier et 24 Juillet 1917 fixant le programme des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme

⁸¹ Arrêté ministériel du 14 Juin 1944 fixant le programme d'enseignements théoriques et pratiques et l'organisation des stages en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, Journal Officiel du 27 Juin 1944

⁸² Morel MF, Naître en France du XVII au XX^{ème} siècles, Contact Santé n°230 /Année 2010 "Autour de la naissance. Il était une fois... une histoire d'orées...", p.47-49

⁸³ Gache B, Connaissance des pharmaciens d'officine à propos du droit de prescription des sages-femmes, Mémoire pour obtenir le Diplôme d'état de sage-femme, Université d'Auvergne, Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand, 2012, 110p

ordonnance⁸⁴. Quelques modifications mineures sur les matériels de pansement seront précisées lors de l'arrêté du 26 mars 1959⁸⁵ (cf annexe IV).

L'arrêté du 23 mai 1973⁸⁶ va fixer un nouveau programme des études de sage-femme et supprimer l'année commune avec les infirmières. Après avoir intégré les hommes dans les écoles en 1982, suite à une directive européenne sur l'égalité des chances entre les hommes et les femmes⁸⁷, l'arrêté du 27 décembre 1985⁸⁸ a fixé le nouveau programme des études avec des objectifs de formation clinique minimale prévus et pour certains actes, une base quantitative minimale. Les études sont passées à quatre ans et la rédaction d'un mémoire en est la principale nouveauté.

Quelques arrêtés vont venir préciser le champ de compétences des sages-femmes en déterminant la liste des examens (1983)⁸⁹ et instruments (1988)⁹⁰ autorisés aux sages-femmes pour leur usage personnel ou la prescription auprès de leurs patientes.

La loi du 17 Janvier 2002, dite de modernisation sociale⁹¹, a modifié le recrutement. Les étudiants, qui étaient auparavant sélectionnés grâce à un concours organisé par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, vont désormais être recrutés après classement utile en Premier Cycle des Etudes Médicales (PCEM1). Les études ont donc une durée effective de 5 ans. D'autre part, l'arrêté du 11 décembre 2001 fixant le dernier programme des études de sage-femme, a divisé celles-ci en deux phases⁹².

Il faudra attendre 2004 pour voir une réelle révolution dans le droit de prescription des sages-femmes avec la publication d'un arrêté comportant non plus une liste de médicaments mais une liste de classes thérapeutiques⁹³. Il sera suivi en 2005 d'un nouvel arrêté fixant la liste des vaccinations que la sage-femme est

⁸⁴ Arrêté du 7 août 1952, Droit de prescriptions pour les sages-femmes, JO du 15/08/1952, texte : 8223, source : <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁸⁵ Arrêté du 26 mars 1959, Modification de l'arrêté du 7 août 1952 fixant les produits et les articles que les sages-femmes sont autorisées à prescrire, JO du 05/04/1959, texte : 3939, source : <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁸⁶ Arrêté ministériel du 23 Mai 1973 fixant le programme des études de sages-femmes, Journal Officiel du 27 Mai 1973

⁸⁷ 82/43/CEE: Décision de la Commission, du 9 décembre 1981, relative à la création d'un comité consultatif de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes Journal officiel n° L 020 du 28/01/1982 p. 0035 - 0037, source : <http://eur-lex.europa.eu>

⁸⁸ Arrêté interministériel du 27 Décembre 1985 fixant le programme des études de sages-femmes, Journal Officiel du 21 Janvier 1986

⁸⁹ Arrêté du 17 octobre 1983 fixant la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire, source : <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁹⁰ Arrêté du 3 octobre 1988 fixant la liste des instruments que peuvent employer les sages-femmes, source : <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁹¹ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF du 18 janvier 2002 page 1008, NOR: MESX0000077L

⁹² Arrêté ministériel du 11 Décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes, Journal Officiel du 19 Décembre 2001

⁹³ Arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes, JORF n° 67 du 19 mars 2004 page 5324 texte n° 20, NOR: SANH0420671A

autorisée à pratiquer⁹⁴ (un arrêté du 10 janvier 2011 permettra aux sages-femmes de les prescrire) et en 2006 un arrêté fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire⁹⁵.

Les dernières modifications en rapport avec le droit de prescription des sages-femmes datent de janvier 2011 pour la pratique des vaccinations (cf annexe V) d'octobre 2011⁹⁶ pour la prescription des dispositifs médicaux (cf annexe VI) et de février 2013⁹⁷ pour la prescription des médicaments (cf annexe VII).

1.2 L'organisation de la profession

1.2.1 Les conditions d'accès à la profession

L'exercice de la profession de sage-femme nécessite trois conditions qui sont énoncées dans l'article L4111-1⁹⁸ du Code de la Santé Publique : il faut être titulaire d'un diplôme ou d'un titre de formation de sage-femme⁹⁹, être de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, et être inscrit au tableau de l'ordre des sages-femmes. Cette inscription au tableau de l'ordre ne s'impose pas aux sages-femmes appartenant au service de santé des armées ainsi qu'aux sages-femmes, fonctionnaires de l'Etat ou agents titulaires d'une collectivité locale, qui ne pratiquent pas les actes entrant dans la définition de la profession¹⁰⁰. Ce sont les articles L4151-5¹⁰¹ et L4151-5-1¹⁰² qui précisent les titres de formation exigés pour l'exercice de la profession.

Le diplôme d'état de sage-femme est délivré après une formation de 5 années dont le programme et l'organisation ont été complètement modifiés, dans le cadre du processus de Bologne, depuis la rentrée universitaire 2011-2012. En effet, le 25 mai 1998, à l'occasion du 800^{ème} anniversaire de l'Université de Paris, les quatre ministres de l'enseignement supérieur de l'Allemagne, de la France, de l'Italie et du

⁹⁴ Arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer, JORF n°78 du 3 avril 2005 page 6061 texte n° 12, NOR: SANP0521016A

⁹⁵ Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire, JORF n° 152 du 2 juillet 2006 page 9947 texte n° 19 NOR: SANS0622672A

⁹⁶ Arrêté du 12 octobre 2011 modifiant l'arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire, NOR: ETS1127810A

⁹⁷ Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires, NOR: AFSH1303324A

⁹⁸ Article L4111-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par l'Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 2

⁹⁹ Article L4151-5 du Code de la Santé Publique, Modifié par l'Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 5

¹⁰⁰ Article L4112-6 du Code de la Santé Publique

¹⁰¹ Article L4151-5 du Code de la Santé Publique, Modifié par l'Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 5

¹⁰² Article L4151-5-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par l'Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 25

Royaume-Uni ont signé une déclaration conjointe dite de la Sorbonne. Ces ministres ont mis en avant la nécessité de créer un espace européen de l'enseignement supérieur afin d'encourager la mobilité des citoyens, de favoriser leur intégration sur le marché du travail européen, et de promouvoir le développement global du continent. Le processus de Bologne qui fait suite à la déclaration de la Sorbonne, va notamment mettre en place une uniformisation de l'organisation des études supérieures grâce au format Licence Master Doctorat (LMD)¹⁰³. En France la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES)¹⁰⁴ réunissant les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme est créée. Deux arrêtés vont ensuite définir le régime des études en vue du diplôme de formation des sages-femmes : celui du 19 juillet 2011¹⁰⁵ pour le grade de Licence, et celui du 11 mars 2013¹⁰⁶ pour le grade de Master.

Le nombre des étudiants admis à poursuivre des études de sage-femme à la fin de la PACES est établi chaque année, par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'enseignement supérieur¹⁰⁷. Ce nombre, appelé aussi Numerus Clausus, a été fixé à 1 016¹⁰⁸ étudiants classés en rang utile suite aux épreuves terminales de la PACES pour l'année universitaire 2012-2013.

L'article L4151-7¹⁰⁹ énonce que « *la formation des personnes qui se préparent à la profession de sage-femme est assurée dans des écoles agréées par la région et ouvertes aux candidats des deux sexes.* ». Depuis la loi du 21 juillet 2009¹¹⁰, la formation initiale des sages-femmes peut aussi être organisée au sein des universités, les modalités de cette intégration sont fixées par un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur pour le site concerné.

1.2.2 Le conseil de l'ordre

La loi Le Chapelier des 14 et 17 août 1791 avait interdit, pour éviter le retour des corporations, tout ce qui pouvait leur ressembler¹¹¹. Ce n'est qu'en 1889 que les

¹⁰³ Source : <http://europa.eu>

¹⁰⁴ Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, JORF n° 0266 du 17 novembre 2009 page 19838

¹⁰⁵ Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, NOR ESR51119920A, JO du 10/08/2011 texte : 0184;27 pages 13714/13715

¹⁰⁶ Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme NOR ESR51301419A, JO du 28/03/2013 texte : 0074;32 pages 5288/5290

¹⁰⁷ Article L631-1 du Code de l'Education, Modifié par la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 - art. 47 JORF 17 août 2004

¹⁰⁸ Arrêté du 21 décembre 2012 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études de sage-femme à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2012-2013, NOR: AFSH1243406A

¹⁰⁹ Article L4151-7 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 - art. 73 (V) JORF 17 août 2004

¹¹⁰ Article L4151-7-1 du Code de la Santé Publique, Créé par Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art.

60

¹¹¹ Markus J.P. Les juridictions ordinaires, Ed : L.G.D.J, Collection : Systèmes, 184 pages - Parution : 09/2003

syndicats ouvriers ont été autorisés et c'est la loi du 30 novembre 1892¹¹² qui a permis aux médecins, chirurgiens, dentistes et sages-femmes de constituer des syndicats. Durant l'instauration du régime de Vichy, une loi du 7 octobre 1940 a prononcé la dissolution des syndicats médicaux et a créé des Ordres professionnels. Leurs missions et leurs règles de fonctionnement seront précisés par la loi du 10 septembre 1942. A la libération, un décret du 18 octobre 1943 supprime les Ordres et une ordonnance du 11 décembre 1944 met en place une « *organisation transitoire de gestion* »¹¹³. C'est l'ordonnance du 24 septembre 1945¹¹⁴ qui va créer un Ordre spécifique pour les sages-femmes, mais qui sera présidé jusqu'en 1995¹¹⁵ par un médecin.

L'Ordre des sages-femmes regroupe obligatoirement toutes les sages-femmes exerçant leur profession en France. L'Ordre a pour mission de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensable à l'exercice de la profession, de veiller à l'observation par les sages-femmes des devoirs professionnels et des règles édictées par le code de déontologie, de défendre l'honneur et l'indépendance de la profession¹¹⁶.

1.2.2.1 Le pouvoir disciplinaire

La déontologie est un ensemble de devoirs qui s'imposent aux professionnels dans l'exercice de leur activité. Le Code de Déontologie est une règle de droit élaborée par le législateur avec l'aide du conseil de l'ordre des sages-femmes. Il est subordonné à la constitution et aux lois, il doit respecter les principes généraux du droit et être compatible avec les dispositions réglementaires préexistantes. La violation des règles énoncées par le Code de Déontologie autorise le prononcé d'une sanction disciplinaire.

La procédure devant les chambres disciplinaires a été réformée en 2007¹¹⁷, elle est devenue une procédure très administrative qui s'appuie à la foi sur le CSP et sur le Code de la Justice Administrative. Certaines règles sont communes aux trois professions médicales, et sont insérées dans le CSP aux articles L4126-1 à L4126-6 pour les dispositions législatives, et aux articles R4122-5 à R4122-8, R4124-4 à R4124-7 et R4126-1 à R4126-54 pour les dispositions réglementaires. D'autres sont

¹¹² Hoerni B. La Loi du 30 novembre 1892, Histoire de s sciences m é d i c a l e s - T O M E XXXII - N° 1 - 1998, p : 65

¹¹³ Note de Monsieur Colcombet, Conseiller, Bulletin d'information n° 446 du 15/03/97 source : <http://www.courdecassation.fr>

¹¹⁴ Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme JORF du 28 septembre 1945 page 6083

¹¹⁵ Ancien article L447 du Code de Santé Publique, Modifié par la Loi n°95-116 du 4 février 1995 - art. 9 JORF 5 février 1995

¹¹⁶ Source : <http://www.ordre-sages-femmes.fr>

¹¹⁷ Décret no 2007-434 du 25 mars 2007 relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire des conseils de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) NOR : SANP0720738D

spécifiques à la profession de sage-femme et se retrouvent dans les articles L4152-6 à L4152-8 et R4152-5 du CSP.

Les sanctions disciplinaires qui peuvent être appliquées sont les suivantes : « *L'avertissement ; Le blâme ; L'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de ... sage-femme, conférées ou rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des mêmes fonctions accomplies en application des lois sociales ; L'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis ; cette interdiction ne pouvant excéder trois années ; La radiation du tableau de l'ordre. Les deux premières de ces peines comportent, en outre, la privation du droit de faire partie du conseil départemental, du conseil régional ou du conseil interrégional et du conseil national, de la chambre disciplinaire de première instance ou de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre pendant une durée de trois ans ; les suivantes, la privation de ce droit à titre définitif. ...La sage-femme radiée ne peut se faire inscrire à un autre tableau de l'ordre*¹¹⁸.

De plus, il existe au sein de chaque conseil régional une formation particulière, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance avec voie de recours devant la chambre disciplinaire nationale. Cette section est compétente pour les fraudes, fautes et abus intéressant l'exercice libéral de la profession, relevés à l'encontre des sages-femmes à l'occasion des actes dispensés aux assurés sociaux. Elle est régie par les dispositions du Code de la Sécurité Sociale¹¹⁹.

1.2.2.2 Le pouvoir réglementaire et le code de déontologie

C'est le conseil national de l'ordre qui a pour mission de préparer le code de déontologie. Celui-ci sera ensuite soumis au Conseil d'Etat et sera publié au Journal Officiel sous la signature du Premier ministre et des ministres concernés¹²⁰.

La proposition de révision de certains articles résulte souvent des progrès scientifiques et techniques, de l'évolution des pratiques professionnelles, mais également de la nécessité d'harmoniser les dispositions du code de déontologie des sages-femmes avec les dispositions équivalentes des autres codes des professions de santé, ou avec les modifications de la loi.

Le code de déontologie vise, tout d'abord, à édicter les règles et les devoirs qui régissent la profession. Il s'impose aux sages-femmes car il est fixé par décret en Conseil d'Etat, et énonce les sanctions que la profession par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes (COSF) peut prendre à l'égard des praticiens et praticiennes qui ne respecteraient pas ce cadre.

¹¹⁸ Article L4124-6 du Code de la Santé Publique, Modifié par l'Ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 - art. 1 JORF 27 août 2005

¹¹⁹ Article L145-6 du Code de la Sécurité Sociale, Modifié par la Loi 2007-127 2007-01-30 art. 20 2° JORF 1er février 2007, et Article L145-7 Modifié par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 74 JORF 5 mars 2002

¹²⁰ Article L4127-1 du Code de la Santé Publique

Depuis le premier code de déontologie datant de 1949¹²¹, plusieurs modifications mineures sont intervenues par l'intermédiaire de décrets ainsi que des évolutions majeures donnant naissance aux codes de 1991¹²², 2006¹²³ et à la dernière version de 2012¹²⁴. Le code de déontologie des sages-femmes a été inséré aux articles R4127-301 à R4127-367 du Code de la Santé Publique en 2004¹²⁵.

Le code de déontologie des sages-femmes, dans sa version consolidée au 19 juillet 2012 (cf annexe VIII) présente 66 articles répartis en 6 sous-sections. Il aborde :

- les devoirs généraux des sages-femmes (Sous-section 1 : Articles R4127-301 à R4127-324),
- les devoirs envers les patientes et les nouveau-nés (Sous-section 2 : Articles R4127-325 à R4127-338),
- les règles particulières aux différentes formes d'exercice (Sous-section 3 Paragraphe 1 : Exercice libéral : Articles R4127-339 à R4127-347-1 / Paragraphe 2 : Exercice salarié : Articles R4127-348 à R4127-350 / Paragraphe 3 : Exercice de la profession en qualité d'expert : Articles R4127-351 à R4127-353),
- les devoirs de confraternité (Sous-section 4 : Articles R4127-354 à R4127-358)
- les devoirs vis-à-vis des membres des autres professions de santé (Sous-section 5 : Articles R4127-359 à R4127-362)
- et les dispositions diverses (Sous-section 6 : Articles R4127-363 à R4127-367).

Un code de déontologie étant plutôt un code moral professionnel, il n'a pas vocation à exprimer des compétences. Cependant la particularité du champ d'exercice des sages-femmes, limité par la physiologie, a toujours été la source de questions récurrentes qui ont nécessité des précisions. Ainsi l'article L4151-1¹²⁶ du Code de la Santé publique qui décrit les compétences des sages-femmes précise que l'exercice de la profession et les actes pratiqués doivent suivre « *les modalités fixées par le code de déontologie de la profession* ».

C'est l'article R 4127-318¹²⁷ du code de déontologie inséré dans le CSP, qui énonce un certain nombre d'actes autorisés aux sages-femmes. La dernière

¹²¹ Décret n° 49-1351 du 30 septembre 1949 : De déontologie des sages-femmes en application de l'art. 66 de l'ordonnance 45-2184 du 24-09-1945 JORF du 5 octobre 1949 page 9955

¹²² Décret n°91-779 du 8 août 1991 portant code de déontologie des sages-femmes NOR: SANP9101297D JORF n°189 du 14 août 1991 page 10765

¹²³ Décret n° 2006-1268 du 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) NOR: SANP0622920D JORF n°242 du 18 octobre 2006 page 15444

¹²⁴ Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes NOR: AFSH1207454D JORF n°0166 du 19 juillet 2012 page 11837 texte n° 12

¹²⁵ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 JORF n°183 du 8 août 2004 page 14150 texte n° 5

¹²⁶ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

¹²⁷ Article R4127-318 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

modification de cet article fait suite à l'élargissement des compétences des sages-femmes issu de la loi du 21 juillet 2009¹²⁸. L'article R 4127-318 ne vise pas à lister toutes les compétences des sages-femmes de façon exhaustive. Il précise simplement certains actes effectués par les sages-femmes, d'où l'utilisation du terme « notamment ». Ainsi les sages-femmes peuvent pratiquer d'autres actes qui ne sont pas cités dans le code de déontologie dès lors que cette pratique est conforme à leurs compétences définies par la loi (articles L 4151-1 à L4151-4 CSP).

1.3 Les différents modes d'exercice de la profession de sage-femme et les responsabilités

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)¹²⁹ qui s'appuie sur les données du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), 18 800 sages-femmes exerçaient leur activité en France au début de l'année 2011. Elles sont en grande majorité sages-femmes salariées du secteur hospitalier (74%) et se répartissent pour 58 % dans le secteur public et 16 % dans le secteur privé. Certaines sages-femmes sont salariées non hospitalières (8%) et plus de la moitié exercent dans un service de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Enfin, 18 % des sages-femmes exercent en libéral. Seules 6 % des sages-femmes exercent plusieurs activités. Dans la plupart des cas il s'agit de sages-femmes libérales qui exercent aussi une activité dans un hôpital privé. Les sages-femmes, peuvent également exercer des activités d'encadrement ou d'enseignement.

L'activité des sages-femmes varie selon l'établissement dans lequel elles exercent et selon leur mode d'exercice. Cependant, quelque soit le mode ou le lieu d'exercice, toute sage-femme peut engager sa responsabilité pénale si elle viole la loi. La responsabilité pénale est personnelle, elle peut donc concerner les sages-femmes fonctionnaires, salariées du secteur privé ou libérales¹³⁰. Dans l'exercice de son art la sage-femme peut être pénalement sanctionnée pour des infractions spécifiques comme l'exercice illégal de la médecine, la violation du secret médical, l'interruption illégale de grossesse...Sa responsabilité peut aussi être engagée pour des infractions plus générales relevant du droit commun. Il s'agit le plus souvent de l'homicide involontaire, de l'atteinte involontaire à l'intégrité de la personne, ou de la mise en danger de la personne¹³¹. La faute pénale non intentionnelle n'est pas

¹²⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) NOR: SASX0822640L JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1

¹²⁹ Cavillon M, La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs Etudes et résultats n° 791, mars 2012, Source : <http://www.drees.sante.gouv.fr>

¹³⁰ Seguy B. Prévenir le risque juridique en obstétrique. Cas réels-Bonnes pratiques, Editions Masson, Collection de périnatalité, 2006, 305 p : 5

¹³¹ Merger-Pelier M. Dibie-Krajman D. Manuel juridique de la sage-femme. La sage-femme face à la loi, Editions Les Etudes Hospitalières, Collection Pratiques Professionnelles, 1^{ère} édition, 2008, 215 p. : p 82-86

définie par le Code Pénal mais cinq attitudes peuvent la caractériser : la maladresse, l'inattention, l'imprudence, la négligence, le manquement à une obligation de sécurité ou de prudence.

De façon identique, toute sage-femme peut voir sa responsabilité disciplinaire engagée dès lors que son comportement adopté dans la vie professionnelle ou privée est contraire à l'éthique et aux principes édictés par le code de déontologie¹³².

En revanche, la responsabilité indemnitaire va s'appliquer différemment suivant le statut de la sage-femme, qui peut dépendre d'un établissement public, privé ou exercer en libéral¹³³.

1.3.1 La fonction publique hospitalière

A l'hôpital public, les sages-femmes relèvent du statut de la fonction publique hospitalière régie par la loi n°83-634 du 13 juillet 1983¹³⁴ modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, par la loi n°86-33 du 9 janvier¹³⁵ 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et par le décret n°89-611 du 1er septembre 1989¹³⁶ modifié portant statut particulier des sages-femmes de la fonction publique hospitalière¹³⁷.

Les personnels médicaux exerçant dans les établissements publics de santé sont énumérés à l'article L6152-1 du Code de la Santé Publique¹³⁸ (Sixième partie : Etablissements et services de santé, Livre 1er : Etablissements de santé, Titre V : Personnels médicaux et pharmaceutiques). Il s'agit des médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens ayant la possibilité d'être titulaires, contractuels ou attachés. Ils sont exclus du statut général de fonctionnaires et ont le statut d'agents publics non fonctionnaires. La sage-femme qui exerce au sein de l'hôpital public est une exception : elle est classée parmi les professions médicales par le Code de Santé Publique (Quatrième partie : Professions de santé, Livre 1er : Professions médicales, Titre V : Profession de sage-femme) mais relève du statut de la fonction publique hospitalière¹³⁹ et, à ce titre, est rattachée administrativement aux personnels non médicaux.

¹³² Merger-Pelier M. Dibie-Krajman D. Manuel juridique de la sage-femme. La sage-femme face à la loi, Editions Les Etudes Hospitalières, Collection Pratiques Professionnelles, 1^{ère} édition, 2008, 215 p. : p 98

¹³³ Merger-Pelier M. Dibie-Krajman D. Manuel juridique de la sage-femme. La sage-femme face à la loi, Editions Les Etudes Hospitalières, Collection Pratiques Professionnelles, 1^{ère} édition, 2008, 215 p. : p 71

¹³⁴ Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. Dernière modification : 1 Janvier 2013

¹³⁵ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Dernière modification : 19 décembre 2012

¹³⁶ Décret n° 89-611 du 1 septembre 1989 portant statut particulier des sages-femmes de la fonction publique hospitalière NOR: SPSH8901731D. Dernière modification : 18 octobre 2012

¹³⁷ Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, source : <http://www.ordre-sages-femmes.fr>

¹³⁸ Article L6152-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 19 et art 5

¹³⁹ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Dernière modification : 19 décembre 2012

Les sages-femmes hospitalières réalisent la majorité des accouchements et les médecins n'interviennent que pour les accouchements difficiles ou à haut risque. La sage-femme assure la préparation à l'accouchement, la surveillance de la grossesse normale, du travail et de l'accouchement, ainsi que les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement. Elle pratique aussi la rééducation périnéo-sphinctérienne des patientes. Elle effectue également les échographies obstétricales, y compris dans le cadre du diagnostic anténatal et sur prescription d'un médecin, elle assure les suivis des grossesses pathologiques. Elle peut participer à l'activité des services d'orthogénie, de gynécologie, et de procréation médicalement assistée. Elle pratique également des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention.

Si la sage-femme qui dispose du statut de la fonction publique commet une faute, la responsabilité de l'administration est d'emblée recherchée, et la réparation financière du préjudice incombe à cette administration. En effet, la sage-femme est un agent public dont les actes engagent la responsabilité de l'administration hospitalière qui l'emploie. Toutefois la responsabilité de la sage-femme peut être engagée en cas de faute détachable du service. C'est l'arrêt Pelletier¹⁴⁰ de 1873 qui a précisé pour la première fois la distinction entre la faute personnelle et la faute de service. Dans ses conclusions dans l'affaire Laumonnier-Carriol¹⁴¹, le Commissaire du Gouvernement Laferrière exposait qu'il y avait faute de service si l'acte dommageable est « *impersonnel, révèle un administrateur plus ou moins sujet à erreur* », tandis que la faute personnelle révèle « *l'homme avec ses faiblesses, ses passions, ses imprudences* »¹⁴². Les notions de faute personnelle et de faute de service ont cependant évolué et la faute personnelle est devenue très restrictive. Il s'agit de fautes d'une exceptionnelle gravité, comme la volonté de nuire, les injures, les brutalités, l'abandon de poste ou le refus de se déplacer, commises dans le cadre des fonctions et qui traduisent une faute individuelle de la personne et non une faute de service. Les dernières évolutions de la jurisprudence¹⁴³ semblent démontrer que la faute est considérée détachée du service lorsqu'elle est d'une gravité exceptionnelle, et qu'elle n'a strictement aucune relation avec le service¹⁴⁴. Elle donne lieu à une responsabilité propre de l'agent et relève de la compétence des tribunaux judiciaires. La sage-femme devra alors supporter la compensation financière nécessaire à l'indemnisation des victimes. Cependant il est très rare qu'une faute personnelle engageant la responsabilité exclusive d'un agent soit

¹⁴⁰ Tribunal des conflits - 30 juillet 1873 - Pelletier - 1er suppl - Rec. Lebon p. 117, source : <http://www.conseil-etat.fr>

¹⁴¹ Conclusion sous arrêt Laumonnier- Carriol, TC, 5 mai 1877, Rec. Lebon n°95 p. 437

¹⁴² Collectif. Les grandes décisions du droit médical Sous la direction de François Vialla. Editions L.G.D.J, Lextenso éditions, 2009, 664 p : p 554

¹⁴³ Cour de cassation chambre criminelle Audience publique du mardi 13 février 2007 N° de pourvoi: 06-82264, Bulletin criminel 2007 N° 45 p. 265

¹⁴⁴ Bergoignan-Esper C. Sargos P. Les grands arrêts du droit de la santé, Editions Dalloz, Collection Grands arrêts, 2010, 603 p : p 5

reconnue¹⁴⁵. Il existe également certains cas où la faute personnelle de l'agent n'est pas dépourvue de tout lien avec le service, et il peut y avoir cumul de fautes ou cumul de responsabilités entre l'agent et l'administration, et possibilité d'engager des actions récursoires entre l'administration et l'agent¹⁴⁶.

Vis-à-vis de son employeur, la sage-femme de la fonction publique hospitalière peut faire l'objet d'une sanction disciplinaire. En effet, l'article 29 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983¹⁴⁷ portant droits et obligations des fonctionnaires stipule que « *Toute faute commise par un fonctionnaire dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale.* » Les sanctions disciplinaires applicables sont énumérées par la loi et prononcées par le directeur de l'établissement. Elles se répartissent en 4 groupes qui comprennent dans le 1^{er} groupe l'avertissement et le blâme, dans le 2^{ème} groupe la radiation du tableau d'avancement, l'abaissement d'échelon, et l'exclusion temporaire des fonctions pour une durée maximale de 15 jours, dans le 3^{ème} groupe la rétrogradation, et l'exclusion temporaire des fonctions de 3 mois à 2 ans, et dans le 4^{ème} groupe la mise à la retraite d'office ou la révocation¹⁴⁸.

1.3.2 La fonction publique territoriale

Les sages-femmes territoriales exercent en centre de Protection Maternelle et Infantile ou dans des centres sociaux et dépendent des Conseils généraux. Ces sages-femmes relèvent du statut de la fonction publique au travers de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983¹⁴⁹ modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, mais également de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984¹⁵⁰ modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et du décret n°92-855 du 28 août 1992¹⁵¹ modifié portant statut particulier du cadre d'emplois des sages-femmes territoriales.

Les sages-femmes territoriales ont principalement un rôle de prévention et effectuent notamment, lors de visites à domicile, la surveillance des grossesses à haut risque. Elles assurent par ailleurs des consultations prénatales. Les sages-femmes territoriales organisent des séances d'informations et de préparation à la

¹⁴⁵ Collectif. Les grandes décisions du droit médical Sous la direction de François Violla. Editions L.G.D.J, Lextenso éditions, 2009, 664 p : p 554

¹⁴⁶ Collectif. Les grandes décisions du droit médical Sous la direction de François Violla. Editions L.G.D.J, Lextenso éditions, 2009, 664 p : p 559

¹⁴⁷ Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. Dernière modification : 1 Janvier 2013

¹⁴⁸ Article 81 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Version consolidée au 19 décembre 2012

¹⁴⁹ Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. Dernière modification : 1 Janvier 2013

¹⁵⁰ Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale. Version consolidée au 19 décembre 2012

¹⁵¹ Décret n° 92-855 du 28 août 1992 portant statut particulier du cadre d'emplois des sages-femmes territoriales NOR: INTB9200367D Version consolidée au 01 juillet 2008

naissance auprès des futurs parents. Elles animent aussi des séances d'informations sur la sexualité et la contraception auprès des jeunes dans les établissements scolaires, les associations et les centres de planning pour les mineurs. En revanche les sages-femmes territoriales ne pratiquent pas les accouchements.

Comme la sage-femme de la fonction publique hospitalière, la sage-femme territoriale dispose du statut d'agent de la fonction publique. En cas de faute, la responsabilité de l'administration territoriale sera recherchée. Là encore, le seul cas où la responsabilité de la sage-femme peut être recherchée est la faute détachable du service qui engage la responsabilité propre de l'agent et relève de la compétence des tribunaux judiciaires. Il existe également la possibilité d'une faute personnelle qui n'est pas dépourvue de tout lien avec le service, et cumul de fautes ou cumul de responsabilités entre l'agent et l'administration, avec la possibilité d'engager des actions récursoires entre l'administration et l'agent¹⁵².

En tant que fonctionnaire, la sage-femme territoriale peut être exposée à une sanction disciplinaire de la part de son employeur dans le cas où elle commettrait une faute dans l'exercice de ses fonctions. Les sanctions prononcées par l'autorité territoriale, sont sensiblement différentes de celles de la fonction publique hospitalière : avertissement, blâme, exclusion temporaire des fonctions pour une durée maximale de 3 jours (1^{er} groupe), abaissement d'échelon, exclusion temporaire des fonctions de 4 à 15 jours (2^{ème} groupe), rétrogradation, exclusion temporaire des fonctions de 16 jours à 2 ans (3^{ème} groupe), mise à la retraite d'office ou révocation (4^{ème} groupe)¹⁵³.

1.3.3 L'exercice en établissement de santé privé

La sage-femme peut pratiquer au sein d'un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC). Son exercice est alors régi par les règles du droit du travail, au même titre que tout salarié. C'est une convention collective nationale¹⁵⁴ négociée entre les syndicats de salariés et la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'aide à la personne Privés non lucratifs (FEHAP) qui précise leurs droits et leurs statuts.

La sage-femme peut aussi exercer en tant que salariée d'un établissement privé à but lucratif. Dans ce cas son statut et ses droits sont régis par une convention collective nationale¹⁵⁵ négociée au sein de la Fédération Hospitalière Privée (FHP).

¹⁵² Collectif. Les grandes décisions du droit médical Sous la direction de François Vialla. Editions L.G.D.J, Lextenso éditions, 2009, 664 p : p 559

¹⁵³ Article 89 de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale Modifié par LOI n° 2012-347 du 12 mars 2012 - art. 125

¹⁵⁴ IDCC 29 Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951. Hospitalisation privée : établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (FEHAP), Brochure n° 3198, source : <http://www.legifrance.fr>

¹⁵⁵ IDCC 2264, Convention collective nationale de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002, Hospitalisation privée, Brochure n° 3307 source : <http://www.legifrance.fr>

L'exercice de la profession de sage-femme au sein d'un établissement privé impose l'existence d'un contrat écrit¹⁵⁶.

Dans le secteur privé le rôle des sages-femmes est très différent du secteur public. La sage-femme assure la préparation à l'accouchement, la surveillance de la grossesse normale et du travail. En revanche, c'est le médecin qui effectue le plus souvent l'accouchement, même lorsque celui-ci est physiologique. La sage-femme ayant alors un rôle d'accompagnement pendant l'accouchement, elle assure ensuite les soins à la mère et à l'enfant. Sur prescription du médecin elle peut assurer la surveillance et les soins des femmes enceintes lorsque l'établissement possède un service d'hospitalisation pour les patientes présentant des grossesses pathologiques.

La sage-femme étant salariée d'un établissement privé, elle est soumise dans le cadre de son contrat de travail aux ordres et directives de son employeur. Elle se trouve donc dans un état de subordination, et à ce titre elle est normalement protégée par l'article 1384 du Code Civil qui énonce la responsabilité du commettant du fait de son préposé. L'arrêt Costedoat du 25 février 2000¹⁵⁷ était venu réaffirmer ce grand principe de l'immunité du préposé en énonçant que « *Le salarié qui agit sans excéder les limites de la mission impartie par son employeur n'engage pas sa responsabilité civile à l'égard des tiers* ». Cependant par un arrêt du 13 novembre 2002¹⁵⁸ la Cour de Cassation avait refusé d'étendre cette protection au médecin salarié, et par analogie à la sage-femme, en raison de son « *indépendance professionnelle intangible* ». Il faudra attendre deux arrêts du 9 novembre 2004, dont un concernant une sage-femme¹⁵⁹ pour venir consacrer l'immunité du préposé même en cas d'indépendance professionnelle. La Cour de cassation, opérant un notable revirement, a alors jugé que « *la sage-femme salariée qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui est impartie par l'établissement de santé privé, n'engage pas sa responsabilité à l'égard de la patiente* ». La sage-femme salariée d'un établissement privé peut toutefois voir sa responsabilité personnelle engagée en cas d'abus de fonction. En effet la Cour de Cassation a précisé dans un arrêt du 19 mai 1988¹⁶⁰ que l'exonération du commettant peut être reconnue si le préposé a agit hors de ses fonctions, sans autorisation et à des fins étrangères à ses attributions¹⁶¹.

Un employeur peut prendre des mesures disciplinaires à la suite d'agissements de la sage-femme salariée qu'il considère comme fautifs. Toutefois, avant d'appliquer la sanction, l'employeur est tenu de respecter une procédure

¹⁵⁶ Article R4127-349 du Code de la Santé Publique

¹⁵⁷ Cour de cassation Assemblée plénière Audience publique du vendredi 25 février 2000 N° de pourvoi: 97-17378 97-20152 Publié au bulletin

¹⁵⁸ Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du mercredi 13 novembre 2002 N° de pourvoi: 00-22432 Publié au bulletin

¹⁵⁹ Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du mardi 9 novembre 2004 N° de pourvoi: 01-17168 Publié au bulletin

¹⁶⁰ Cour de cassation Assemblée plénière Audience publique du jeudi 19 mai 1988 N° de pourvoi: 87-82654 Publié au bulletin

¹⁶¹ Lambert-Faivre Y. Porchy-Simon S. Droit du dommage corporel-Systèmes d'indemnisation, Editions Dalloz, 6^{ème} édition, 2009, 1056 p : p 523

destinée à informer la sage-femme concernée et lui permettre d'assurer sa défense. Les sanctions disciplinaires peuvent être un avertissement, ou affecter la présence de la sage-femme salariée dans l'entreprise, sa fonction, sa carrière ou sa rémunération¹⁶². La responsabilité disciplinaire de la sage-femme exerçant au sein d'un établissement privé est définie par les règles générales énoncées dans le contrat obligatoirement établi. Celui-ci doit être conforme à la législation en vigueur et notamment respecter le Code du travail. Ce contrat peut être présenté au Conseil de l'Ordre des sages-femmes qui fera part de ses observations dans un délai d'un mois.

1.3.4 L'exercice libéral

L'exercice libéral reste encore limité, même s'il existe une réelle augmentation des effectifs ces dernières années¹⁶³. Les sages-femmes libérales ont un statut indépendant et sont rémunérées à l'acte. Leurs honoraires, encadrés par une convention nationale signée par les syndicats représentatifs de la profession et les caisses nationales d'assurance maladie¹⁶⁴, reposent sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)¹⁶⁵. Les actes ainsi réalisés sont pris en charge par les régimes de sécurité sociale, ceux relevant de la maternité étant remboursés à 100%.

L'activité des sages-femmes libérales est très variée. Elles effectuent notamment des consultations pré et post natales, des échographies obstétricales. Certaines effectuent des accouchements (0,05% des actes pratiqués) grâce à l'accès à des plateaux techniques ou beaucoup plus rarement à domicile. Elles assurent le suivi post natal lors des retours précoces à domicile, du jour de la sortie de la maternité jusqu'au septième jour de la naissance. Elles peuvent aussi assurer le suivi des femmes présentant une grossesse à haut risque, sur prescription d'un médecin. Enfin elles réalisent des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention. Cependant l'essentiel de leur activité est majoritairement orientée vers les cours de préparation à la naissance et la rééducation périnéo-sphinctérienne¹⁶⁶.

Le code de déontologie précise certaines particularités de l'exercice libéral au sein de la sous-section 3, concernant les règles particulières des différentes formes d'exercice (articles R4127-339 à R4127-347-1 du CSP).

La sage-femme libérale exerce en toute indépendance, à ce titre elle est responsable personnellement de ses actes. Elle est également responsable des actes de ses éventuels préposés (responsabilité du fait d'autrui) mais aussi du

¹⁶² Articles L. 1331-1 à L. 1334-1 et R. 1332-1 à R. 1332-4 du Code du travail.

¹⁶³ Cavillon M, La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs Etudes et résultats n° 791, mars 2012, Source : <http://www.drees.sante.gouv.fr>

¹⁶⁴ Arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes libérales NOR: ETSS1206647A JORF n° 0063 du 14 mars 2012 page 4651 texte n° 24

¹⁶⁵ Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) Restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 consultable sur le site : <http://www.ameli.fr>

¹⁶⁶ Cavillon M, La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs Etudes et résultats n° 791, mars 2012, Source : <http://www.drees.sante.gouv.fr>

matériel qu'elle utilise et dont elle a la garde (responsabilité du fait des choses). La responsabilité civile de la sage-femme lui fait courir un risque de sanction financière qui lui impose de souscrire un contrat d'assurance de Responsabilité Civile Professionnelle (RCP). Cette assurance RCP est devenue obligatoire avec la loi du 04 mars 2002¹⁶⁷ et a été insérée à l'article L1142-2 du code de la Santé Publique¹⁶⁸.

La pratique de la sage-femme a beaucoup évolué au cours de l'histoire, la profession s'est progressivement organisée pour aboutir aux différents modes d'exercices d'aujourd'hui. Afin de mieux comprendre ce que représente la profession de sage-femme, il convient de définir son champ de compétences, avec son étendue, ses principes et ses limites.

¹⁶⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), NOR: MESX0100092L

¹⁶⁸ Article L1142-2 du Code de la Santé Publique, Créé par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 98 JORF 5 mars 2002, Modifié par la LOI n°2011-1977 du 28 décembre 2011 - art. 146

2 Les compétences de la sage-femme

2.1 Le champ de compétences de la sage-femme

2.1.1 L'étendue du champ de compétences

2.1.1.1 Le suivi prénatal

Dans le cadre du suivi de la grossesse, la sage-femme peut effectuer tous les examens prénataux obligatoires dont le premier qui comporte l'examen médical aboutissant à la déclaration de grossesse¹⁶⁹. Cette déclaration adressée à la caisse d'allocations familiales et à la caisse d'assurance maladie permet la prise en charge complète des examens prénataux et postnataux obligatoires et de certains actes se rapportant à la grossesse (amniocentèse, caryotype). La sage-femme peut effectuer l'entretien prénatal précoce ainsi que la préparation psychoprophylactique à l'accouchement¹⁷⁰.

Lors de ses consultations la sage-femme peut pratiquer tous les actes cliniques nécessaires au suivi de grossesse. Elle peut prescrire les examens strictement nécessaires à l'exercice de sa profession¹⁷¹ y compris les examens de biologie médicale indispensables au diagnostic prénatal. La sage-femme peut informer la patiente et recueillir son consentement, communiquer les résultats de ces examens à la femme enceinte et lui donner toute l'information nécessaire à leur compréhension¹⁷².

La sage-femme peut prescrire les médicaments de certaines classes thérapeutiques, ce qui comprend toutes les spécialités y compris les nouvelles, figurant sur une liste fixée par arrêté¹⁷³ du ministre chargé de la santé¹⁷⁴.

La sage-femme peut prescrire un arrêt de travail à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique¹⁷⁵, qui ouvre droit aux Indemnités journalières versées au titre de l'assurance maladie¹⁷⁶. Cependant cet arrêt ne peut excéder 15 jours, et

¹⁶⁹ Article L2122-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86

¹⁷⁰ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

¹⁷¹ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

¹⁷² Article L2131-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 20

¹⁷³ Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires, NOR: AFSH1303324A

¹⁷⁴ Article L4151-4 du Code de la Santé Publique, Modifié par la LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5

¹⁷⁵ Article D331-1 du Code de la Sécurité Sociale, Créé par le Décret 85-1354 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985

¹⁷⁶ Article L321-1 du Code de la Sécurité Sociale, Modifié par l'Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 - art. 6

n'est pas susceptible de renouvellement ou de prolongation¹⁷⁷. En revanche, la sage-femme ne peut pas prescrire de congé de maternité pathologique.

La sage-femme est habilitée à réaliser seule les échographies de surveillance de la grossesse normale, en cas de grossesse pathologique elle peut réaliser l'échographie qui doit cependant être prescrite par le médecin¹⁷⁸.

Durant les consultations réalisées lors des suivis de grossesses physiologiques, la sage-femme participe au dépistage des facteurs de risque ou des pathologies.

2.1.1.2 Le suivi per natal¹⁷⁹

La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des femmes enceintes et des fœtus pendant le travail et l'accouchement.

Ainsi la sage-femme réalise la consultation aux urgences pour l'admission de la parturiente. Elle effectue la surveillance du travail, et pratique l'accouchement physiologique.

Au cours du travail elle peut prescrire l'analgésie locorégionale, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur, et procéder au retrait de ce dispositif. Elle peut également réaliser l'anesthésie locale au cours de l'accouchement.

La sage-femme pratique la délivrance physiologique du placenta ainsi que la délivrance artificielle et la révision utérine. Elle peut pratiquer l'épisiotomie et suturer le périnée en cas d'épisiotomie non compliquée et de déchirures superficielles.

La sage-femme accueille le nouveau-né et si besoin pratique la réanimation en attendant le médecin. Elle réalise l'examen clinique, morphologique et neurologique du nouveau-né dans les premières heures de vie.

De plus l'article L 6146-7¹⁸⁰ du CSP stipule que la sage-femme est responsable de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de sa compétence. C'est donc elle qui organise et coordonne l'activité des différents professionnels de santé amenés à intervenir en salle de naissance. Elle met en place la surveillance clinique de la mère et de l'enfant dans les suites de couches immédiates, et prescrit les examens complémentaires et les traitements nécessaires.

Enfin, elle remplit le certificat d'accouchement indispensable à la déclaration de naissance.

¹⁷⁷ Article D331-2 du Code de la Sécurité Sociale, Créé par le Décret 85-1354 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985

¹⁷⁸ Article R4127-318 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

¹⁷⁹ Article R4127-318 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

¹⁸⁰ Article L6146-7 du Code de la Santé Publique, Modifié par l'Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 4

2.1.1.3 Le suivi post natal

Le suivi postnatal est obligatoirement assuré par une sage-femme¹⁸¹ et consiste en la surveillance de la mère et de l'enfant dans les premiers jours suivant la naissance.

La sage-femme procède aux soins postnataux, pratique les actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage des pathologies maternelles et néonatales¹⁸². Elle prescrit les examens complémentaires et les traitements indispensables au bon déroulement des suites de couches pour la mère et l'enfant. De plus, elle réalise les examens cliniques, techniques, et les soins prescrits par un médecin en cas de suites de couches pathologiques en ce qui concerne la mère et l'enfant¹⁸³.

La sage-femme est également amenée à conseiller la mère sur l'alimentation du nouveau-né pour la mise en place de l'allaitement maternel ou artificiel, et sur l'hygiène. Elle informe la femme et prescrit la rééducation périnéale et la contraception. Elle veille à la mise en place du lien mère-enfant et prépare la mère au retour à la maison. Elle effectue l'examen médical de sortie de la maternité pour la mère et pour l'enfant, et organise si besoin le suivi médical à domicile. Elle peut aussi pratiquer certaines vaccinations chez la mère et l'enfant¹⁸⁴.

A plus long terme, la sage-femme peut effectuer la consultation médicale post-natale¹⁸⁵ dans les six à huit semaines qui suivent l'accouchement et pratiquer les séances de rééducation périnéale¹⁸⁶.

2.1.1.4 Le suivi gynécologique de prévention

La loi du 09 août 2004¹⁸⁷ a autorisé les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse¹⁸⁸. C'est également depuis cette loi

¹⁸¹ Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique NOR: MESH9822606D JORF n°235 du 10 octobre 1998 page 15344

¹⁸² Article R4127-318 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

¹⁸³ Article L4151-3 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004

¹⁸⁴ Article L4151-2 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 103 JORF 11 août 2004

¹⁸⁵ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

¹⁸⁶ Article R4127-318 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

¹⁸⁷ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique NOR: SANX0300055L

¹⁸⁸ Article L5134-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 102 JORF 11 août 2004

que l'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique¹⁸⁹.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009¹⁹⁰ a réalisé un tournant dans l'exercice de la profession de sage-femme en étendant les compétences à la gynécologie. Elle permet aux sages-femmes la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme oriente la femme à un médecin en cas de situation pathologique¹⁹¹. Elle permet également aux sages-femmes de prescrire des contraceptifs locaux, hormonaux et intra-utérins à l'ensemble des femmes et de pratiquer l'insertion des contraceptifs intra-utérins. Elle a cependant limité les compétences des sages-femmes en précisant que la surveillance et le suivi biologique devaient être assurés par le médecin traitant¹⁹². Cet ajout d'un alinéa à l'article L 4151-1 CSP est assez étonnant puisque la notion de médecin traitant est issue du parcours de soin en lien avec la maîtrise des dépenses de santé.

La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011¹⁹³ relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé dans son article 44 a supprimé cette phrase, et désormais la surveillance et le suivi biologique de la contraception peuvent être assurés par une sage-femme.

Le décret du 17 juillet 2012¹⁹⁴, qui modifie un des articles du code de déontologie, autorise la sage-femme à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de la pathologie concernant les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception.

En ce qui concerne la prescription des examens, il n'existe plus de liste limitative pour les sages-femmes depuis la loi de 2004¹⁹⁵, le seul critère retenu étant le caractère nécessaire à l'exercice de la profession qui s'applique également lors du suivi gynécologique.

La sage-femme peut également pratiquer l'échographie gynécologique¹⁹⁶ dans la mesure où elle adresse la patiente à un médecin en cas de pathologie¹⁹⁷.

¹⁸⁹ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 101 JORF 11 août 2004

¹⁹⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires NOR: SASX0822640L

¹⁹¹ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 (V)

¹⁹² Article L5134-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 et. 87

¹⁹³ Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé NOR: ETSX1119227L

¹⁹⁴ Art R4127-318 du Code de la Santé Publique, Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012

¹⁹⁵ Article L4151-4 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004

¹⁹⁶ Article R4127-318 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

¹⁹⁷ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

Enfin, lors du suivi gynécologique de prévention, les sages-femmes peuvent prescrire certains dispositifs médicaux¹⁹⁸ précisés par arrêté¹⁹⁹ et les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté²⁰⁰ du ministre chargé de la santé²⁰¹. Elles peuvent également pratiquer certaines vaccinations²⁰² dont la liste est, là encore, fixée par arrêté²⁰³.

La sage-femme peut donc désormais prescrire sans restriction une primo-contraception hormonale, procéder en amont aux examens complémentaires nécessaires, renouveler la prescription d'une contraception hormonale, effectuer le bilan biologique régulier, prescrire, pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins, prescrire, pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des implants contraceptifs. En revanche elle doit orienter la femme vers un médecin en cas de situation pathologique. De plus elle ne peut pas prescrire un arrêt de travail dans le cadre du suivi gynécologique puisque l'article D331-1 du Code de la Sécurité Sociale limite la prescription des sages-femmes aux femmes enceintes²⁰⁴.

2.1.1.5 Les autres compétences

La sage-femme peut avoir une place active dans les services d'orthogénie²⁰⁵, elle peut assurer les entretiens psychosociaux proposés avant et après l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) lorsqu'elle est titulaire d'une qualification en conseil conjugal et familial. Elle informe la patiente sur les différentes méthodes et modes d'anesthésie pour réaliser l'IVG, recalcule le terme de la grossesse avec la patiente et se charge de programmer les différents rendez-vous. La sage-femme ne peut effectuer la première consultation de diagnostic de grossesse et d'orientation en vue d'une interruption volontaire de grossesse qui doit être réalisée par un médecin²⁰⁶. Elle ne peut pas non plus réaliser l'interruption de grossesse qui doit obligatoirement être pratiquée par un médecin²⁰⁷. En revanche la sage-femme peut prescrire une

¹⁹⁸ Article L4151-4 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5

¹⁹⁹ Arrêté du 12 octobre 2011 modifiant l'arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire NOR: ETSH1127810A

²⁰⁰ Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires NOR: AFSH1303324A

²⁰¹ Article L4151-4 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004

²⁰² Article L4151-2 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 103 JORF 11 août 2004

²⁰³ Arrêté du 10 janvier 2011 modifiant l'arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer NOR: ETSH1100837A

²⁰⁴ Article D331-1 du Code de la Sécurité Sociale, Créé par le Décret 85-1354 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 19

²⁰⁵ Article R2311-9 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 75

²⁰⁶ Article L2212-3 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 4

²⁰⁷ Article L2212-2 du Code de la Santé Publique, Modifié par Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 71

contraception hormonale dans les suites de l'IVG depuis la loi du 9 août 2004²⁰⁸ relative à la santé publique. Cependant aucune sage-femme n'est tenue de concourir à une interruption volontaire de grossesse²⁰⁹.

La sage-femme peut exercer dans un service de gynécologie, et participer sous la direction d'un médecin, au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique²¹⁰. Dans ce cas, la sage-femme effectue uniquement des soins infirmiers.

Par ailleurs l'article L4151-1²¹¹ précise que « *les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret.* ». Ainsi les sages-femmes peuvent participer aux entretiens particuliers, à l'information et à l'accompagnement des couples, à l'éducation thérapeutique. Elles participent à la mise en œuvre du protocole de prise en charge établi par le médecin, à la prescription et au suivi des examens nécessaires, à la surveillance échographique de la réponse ovarienne au traitement. Elles peuvent également contribuer à l'information et au suivi clinique, biologique et échographique de la donneuse en cas de don d'ovocyte. Lorsqu'elles exercent au sein d'un centre d'assistance médicale à la procréation d'un établissement de santé, elles participent à l'évaluation des activités du centre²¹².

De plus l'article L 6146-7²¹³ du CSP stipule que les sages-femmes participent à l'évaluation des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du pôle d'activité clinique ou médico-technique.

2.1.2 Les principes du champ de compétences

2.1.2.1 La physiologie

Le domaine de compétences de la sage-femme, que ce soit au niveau des actes, ou des prescriptions, est strictement défini par la loi²¹⁴ et encadré par un ensemble de dispositions réglementaires dont le code de déontologie.

²⁰⁸ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1) NOR: SANX0300055L, JORF n° 185 du 11 août 2004 page 14277 texte n° 4

²⁰⁹ Article L2212-8 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 8

²¹⁰ Article R4127-324 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

²¹¹ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

²¹² Décret n° 2012-885 du 17 juillet 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les sages-femmes concourent aux activités d'assistance médicale à la procréation NOR: AFSH1226287D JORF n°0166 du 19 juillet 2012 page 11840 texte n° 16

²¹³ Article L6146-7 du Code de la Santé Publique, Modifié par l'Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 4

²¹⁴ Merger-Pelier M. Dibie-Krajman D. Manuel juridique de la sage-femme. La sage-femme face à la loi, Editions Les Etudes Hospitalières, Collection Pratiques Professionnelles, 1^{ère} édition, 2008, 215 p. : p 46

L'article L4151-1²¹⁵ du Code de la Santé publique précise ce que revêt l'exercice de la profession de sage-femme. Cependant cet exercice est admis sous réserve des dispositions de l'article L4151-3²¹⁶ du CSP qui précise qu' « *en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin* ». Il est aussi précisé qu'en cas de situation pathologique lors de la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention « *la sage-femme doit adresser la femme à un médecin* »²¹⁷.

Certains articles du Code de la Santé publique réaffirment ce grand principe en ce qui concerne quelques activités. C'est le cas pour la déclaration de grossesse au sujet de laquelle l'article L2122-1 CSP²¹⁸ énonce : « *...Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin...* ». De façon identique, l'article D331-1 du Code de Sécurité Sociale²¹⁹ limite la prescription des arrêts de travail par une sage-femme à la femme enceinte dont la grossesse n'est pas pathologique. A propos de la prescription des examens de diagnostic anténatal, l'article L2131-1 du CSP²²⁰ précise très clairement que le prescripteur peut-être le médecin ou la sage-femme. En revanche, en cas de risque avéré, la femme enceinte est prise en charge uniquement par un médecin et les nouveaux examens de biologie médicale et d'imagerie à visée diagnostique ne peuvent être proposés que par un médecin.

La suture de l'épisiotomie ou des déchirures périnéales peut être réalisée par la sage-femme exclusivement si l'épisiotomie est non compliquée et la déchirure superficielle²²¹.

En ce qui concerne l'enfant, la sage-femme est autorisée à pratiquer la réanimation uniquement en cas d'urgence et dans l'attente du médecin²²².

Enfin l'article L4151-1 déclare que « *L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique* »²²³.

²¹⁵ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

²¹⁶ Article L4151-3 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004

²¹⁷ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

²¹⁸ Article L2122-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86

²¹⁹ Article D331-1 du Code de Sécurité Sociale, Créé par le Décret 85-1354 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985

²²⁰ Article L2131-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 20

²²¹ Article R4127-318 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

²²² Article R4127-318 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

²²³ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

Le champ de compétences de la sage-femme est donc bien limité à la physiologie. Que ce soit en prénatal, en per natal, en post natal, pour la mère ou l'enfant, ou lors de consultations gynécologiques, dès la survenue d'une pathologie la sage-femme doit faire appel à un médecin.

2.1.2.2 L'indépendance professionnelle

L'article 10 du décret n° 49-1351 du 30 septembre 1949 portant code de déontologie des sages-femmes, stipulait déjà que la sage-femme devait disposer d'une " *complète indépendance professionnelle* " ²²⁴. Cette indépendance de la sage-femme dans l'exercice de son art a été rappelée par la Cour de Cassation lors d'un arrêt du 13 décembre 1983 ²²⁵ qui précise : « *l'indépendance du ministère de la sage-femme, consacré par le code de déontologie et lui réservant la liberté des choix médicaux et de l'appel au médecin* » et lors d'un arrêt du 30 octobre 1995 ²²⁶, et sera ensuite repris dans de nombreuses jurisprudences.

L'article R4127-307 ²²⁷ du Code de la Santé Publique actuellement en vigueur stipule que « *la sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ». Cette indépendance est conservée quelque soit sa forme d'exercice et l'article R4127-348 du CSP ²²⁸ précise que « *Le fait pour une sage-femme d'être liée dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels, et en particulier à ses obligations concernant l'indépendance de ses décisions et le respect du secret professionnel. En aucune circonstance la sage-femme ne peut accepter de la part de son employeur de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où elle exerce, elle doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patients et des nouveau-nés* ». Et l'article R4127-345 du CSP ²²⁹ stipule que « *...Toute association ou société entre sages-femmes en vue de l'exercice de la profession doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance de chacune d'elles...* ».

De façon identique, la sage-femme est indépendante dans le cadre de ses prescriptions comme l'énonce l'article R4127-312 du CSP ²³⁰: "*La sage-femme est libre dans ses prescriptions dans les limites fixées par l'article L 4151-4.* ».

²²⁴ Cour de Cassation Chambre Civile 1 Audience publique du lundi 30 octobre 1995 N° de pourvoi: 93-20544 93-20579 93-20786 Publié au bulletin

²²⁵ Cour de cassation chambre criminelle Audience publique du mardi 13 décembre 1983 N° de pourvoi: 80-93708 Publié au bulletin

²²⁶ Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du lundi 30 octobre 1995 N° de pourvoi: 93-20544 93-20579 93-20786 Publié au bulletin

²²⁷ Article R4127-307 du Code de la Santé publique, Modifié par le Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

²²⁸ Article R4127-348 du Code de la Santé publique : code de déontologie, sous-section 3 : Règles particulières aux différentes formes d'exercice /Paragraphe 2 : Exercice salarié

²²⁹ R4127-345 du Code de la Santé publique : code de déontologie, sous-section 3 : Règles particulières aux différentes formes d'exercice/Paragraphe 1 : Exercice libéral

²³⁰ Article R4127-312 du Code de la Santé publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

La sage-femme possède une autonomie propre dans son champ de compétences, mais elle doit aussi s'assurer que les meilleurs soins sont prodigués à la patiente et au nouveau-né. Devant une décision manifestement inappropriée d'un médecin qui pourrait faire courir un risque à une mère ou à un enfant, il est impératif que la sage-femme manifeste son désaccord : son autonomie lui donne le droit et la responsabilité d'exprimer son avis si son opinion personnelle est divergente de celle du médecin²³¹. C'est pourquoi, la sage-femme conserve toujours son indépendance professionnelle et ses propres responsabilités au sein de l'équipe dans laquelle elle exerce quelles que soient les circonstances. Il s'agit d'une autonomie « fonctionnelle » qui n'empêche pas son employeur d'en être civilement responsable.

2.2 Les limites au champ de compétences de la sage-femme

2.2.1 La pathologie



2.2.1.1 La définition de la pathologie

L'autonomie de la sage-femme est limitée à la physiologie, et la difficulté majeure pour elle consiste à apprécier le moment où l'évolution de la situation devient pathologique et impose l'appel au médecin. En conséquence, il paraît important de définir ces deux notions qui délimitent l'exercice de la sage-femme. Cependant, il n'existe pas de définition légale de la pathologie ou de la physiologie.

Selon le dictionnaire de l'académie française de 2011²³², la pathologie est la science qui a pour objet l'étude des maladies. La maladie étant une altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels, dus à des causes internes ou externes et comportant une évolution. La physiologie est la science qui étudie les fonctions normales et les propriétés des tissus et organes humains. Toutefois il s'agit là d'explications très générales qui ne permettent pas de préciser le domaine exact d'intervention de la sage-femme. Pourtant la distinction entre la physiologie et la pathologie va être fondamentale pour l'appréciation de la responsabilité de la sage-femme.

La Cour de Cassation et le Conseil d'Etat utilisent dans leurs arrêts le terme d' « *accouchement dystocique* » pour définir le moment auquel la sage-femme est tenue de faire appel à un médecin en raison d'une pathologie susceptible de mettre en danger la vie de la parturiente ou de l'enfant. La dystocie correspondant à un accouchement difficile, quelque soit cette difficulté.

²³¹ Seguy B. Prévenir le risque juridique en obstétrique. Cas réels-Bonnes pratiques, Editions Masson, Collection de périnatalité, 2006, 305 p : 5, 44-45, 46

²³² Source : <http://www.sdc-univ-lyon3.fr>

Les magistrats se basent souvent sur les conclusions de l'expert qui a été nommé pour les éclairer sur les aspects techniques d'un dossier médical²³³. Même si les juges ne sont pas liés par son avis²³⁴, la plupart du temps ils fondent leur raisonnement sur les constatations de cet expert²³⁵ qui va, entre autre, préciser l'existence d'une pathologie. Il va expliquer les circonstances de l'évènement, et analyser les pratiques de la sage-femme qui doivent être « conformes aux données scientifiques du moment »²³⁶. La notion de données scientifiques du moment peut se rapporter à celle de données acquises de la science. Celles-ci sont constituées par les recommandations médicales de bonnes pratiques des sociétés savantes, les conférences de consensus, les Références Médicales Opposables (RMO)²³⁷, et les règles de l'art médical. Ces règles de l'art sont énoncées par la littérature médicale dans les livres et traités médicaux récents, ainsi que les articles médicaux contenant les avis unanimes d'éminents spécialistes²³⁸. En ce qui concerne les sages-femmes, elles se réfèrent aux données acquises de la science en obstétrique : les sociétés savantes unanimement reconnues sont la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ; les traités et articles médicaux sont rédigés par des professeurs d'obstétrique et les obstétriciens.

2.2.1.2 La pathologie et les données acquises de la science

Les recommandations médicales de bonne pratique comme les règles de l'art ont pour objectif l'amélioration de la qualité des soins et des pratiques professionnelles. Elles sont une aide pour les professionnels de santé dans leur prise de décision en les informant de l'état des connaissances et/ou des pratiques, à propos d'une stratégie médicale à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique. En obstétrique beaucoup de cas sont bien décrits, et font l'objet d'un consensus de la communauté médicale. La grossesse gémellaire, par exemple, est associée à des risques plus importants de faible poids de naissance et de prématurité avec des naissances avant 37 Semaines d'Aménorrhée (SA) c'est-à-dire avant huit mois de grossesse. Ainsi le taux de césarienne avant le travail est trois fois plus important pour la grossesse gémellaire que pour la grossesse mono-fœtale. En France, les recommandations préconisent une prise en charge active de la naissance du

²³³ Article 232 du Code de Procédure Civile, Codifié par le Décret 75-1123 1975-12-05 JORF 9 décembre 1975 rectificatif JORF 27 janvier 1976

²³⁴ Article 246 du Code de Procédure Civile, Codifié par le Décret 75-1123 1975-12-05 JORF 9 décembre 1975 rectificatif JORF 27 janvier 1976

²³⁵ Welsch S. Responsabilité du médecin, Editions LITEC Editions du Juris-Classeur, Collection Pratique professionnelle, 2^{ème} édition, 2003, 346 p, p168

²³⁶ Article R 4127-325 CSP Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

²³⁷ RMO : instituées par la loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, JO n°3 du 5 janvier 1993, NOR: SPSX9200085L

²³⁸ Smallwood O, La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ? Médecine & Droit Volume 2006, n°79-80, p 121-126

deuxième jumeau afin de réduire l'intervalle de temps entre les deux naissances²³⁹. Lors de l'accouchement, la « *disponibilité immédiate et permanente d'un gynécologue obstétricien* » est recommandée par le Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)²⁴⁰. La place de la sage-femme lors de l'accouchement d'une patiente présentant une grossesse gémellaire est alors très limpide.

En revanche, il existe d'autres situations qui sont nettement moins claires. La présentation du siège est une présentation longitudinale du fœtus dont le pôle inférieur est défini par la présence d'un ou des deux pieds, ou des fesses au regard du bassin maternel. Il s'agit de la présentation la plus fréquente après la présentation céphalique et sa prévalence en France est de l'ordre de 3 à 5%, à terme²⁴¹. Le mode d'accouchement du siège à terme est source de controverses en raison des risques de complications. Une étude randomisée internationale (Hannah, 2000)²⁴², a montré une augmentation de la morbidité périnatale sévère chez les enfants pour lesquels un accouchement par les voies naturelles avait été tenté, et a préconisé la césarienne systématique, bouleversant ainsi la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège, au niveau mondial. En réponse à cette étude, très critiquée sur sa méthodologie, un essai franco-belge multicentrique de grande ampleur (PREMODA, 2004)²⁴³, a affirmé que sous réserve d'une sélection stricte des patientes, d'une surveillance attentive pendant le travail et de techniques obstétricales bien maîtrisées, l'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège n'augmentait pas la morbidité et la mortalité périnatales. Cependant cette étude n'a pas réussi à homogénéiser les pratiques et aujourd'hui, en France, selon la maternité qu'elle aura choisie, la patiente se verra proposer soit une césarienne systématique, soit une tentative d'accouchement voie basse. Il n'existe pas à l'heure actuelle de Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) publiées par le CNGOF ou la HAS qui précisent la conduite à tenir en cas de présentation du siège. Toutefois, les recommandations sur le déclenchement artificiel du travail classent la présentation du siège dans les grossesses à risques, mais ne contre-indiquent pas le déclenchement du travail²⁴⁴. Pour certains, l'accouchement en présentation du siège

²³⁹ HAS, Recommandation de bonne pratique : Indications de la césarienne programmée à terme, Méthode Recommandations pour la pratique clinique, Janvier 2012, p6 source : <http://www.has-sante.fr>

²⁴⁰ CNGOF : Recommandations pour la Pratique Clinique 2009 : Les grossesses gémellaires : où les suivre ? Où les faire accoucher, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Vol 38, n° 8S1, décembre 2009, p 556-560

²⁴¹ HAS, Recommandation de bonne pratique : Indications de la césarienne programmée à terme, Méthode Recommandations pour la pratique clinique, Janvier 2012, p7 source : <http://www.has-sante.fr>

²⁴² Hannah M.E., Hannah W.J. , Hewson S.A., Hodnett E.D., Saugal S., Willan A.R., 2000, Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term : a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*, 356, 1375-1383

²⁴³ Goffinet F., Carayol M. , Foidart J.M., Alexander S., Uzan S., Subtil D. et coll; PREMDA Study Group, 2006, "Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observation prospective survey in France and Belgium" *Am J Obstet Gynecol*, 194, p.1002-1011

²⁴⁴ HAS, Recommandation professionnelles : Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée, Avril 2008, p9 source : <http://www.has-sante.fr>

n'est pas un accouchement dystocique, relève-t'il pour autant de la compétence de la sage-femme ? Devant l'absence de consensus et la persistance d'une polémique entre éminents spécialistes, il semble alors que la prudence commande à la sage-femme de considérer cet accouchement comme potentiellement dystocique et d'appeler le médecin. Parmi les jurisprudences retrouvées concernant les accouchements en présentation du siège (cf Annexe IX), aucune ne concerne un défaut d'appel du médecin par la sage-femme pour la pratique de l'accouchement.

2.2.2 La sage-femme auxiliaire du médecin

2.2.2.1 La situation de la sage-femme

Au sein du Code de la Santé Publique la profession de sage-femme est classée dans la quatrième partie (professions de santé), livre Ier (professions médicales) titre V. Cependant, l'article L4151-3 du CSP²⁴⁵, stipule qu'« *en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin....* ». Dans certains cas, la sage-femme va donc être amenée à exercer sous l'autorité du médecin, qui va lui donner des ordres, des instructions sur la façon d'accomplir sa mission. Il y a alors un rapport d'autorité du médecin à l'égard de la sage-femme qui devient en quelque sorte la « préposée » de ce dernier. Certains ont proposé le terme de « maître d'œuvre associé »²⁴⁶ pour décrire cette position particulière de la sage-femme, d'autres la comparent à une « auxiliaire médicale ». Il n'existe pas de définition légale de l'auxiliaire médical, cependant le Code de Santé Publique liste ces professionnels de santé dans la 4^{ème} partie du livre III (auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers). Fonctionnellement cela correspond aux professionnels de santé qui exécutent des actions sous les ordres d'un professionnel médical.

Suivant les circonstances, la sage-femme peut donc être soit une professionnelle médicale qui exerce son art en toute indépendance, soit une « auxiliaire médicale » agissant sous la prescription du médecin. Cependant, le statut médical de la sage-femme lui donne une autonomie propre dans son champ de compétences et en corollaire, une responsabilité juridique à part entière²⁴⁷.

2.2.2.2 La prescription et la direction

La prescription est l'acte médical qui consiste à commander la réalisation d'une thérapeutique. Celle-ci s'entend le plus souvent comme la délivrance ou

²⁴⁵ Article L4151-3 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004

²⁴⁶ Soutoul J.H. Seguin C. Gibault C. La sage-femme face aux juges, Editions Ellipse, Collection Les professions de santé face à la justice, 1996, 190 p : p 43

²⁴⁷ Seguy B. Prévenir le risque juridique en obstétrique. Cas réels-Bonnes pratiques, Editions Masson, Collection de périnatalité, 2006, 305 p : 44-45

l'administration de médicaments. Mais l'ordonnance peut également prescrire la réalisation d'examen radiologiques, biologiques, de traitements physiques ou d'actes de kinésithérapie, ainsi que des cures thermales ou des règles d'hygiène et de diététique. Elle permet également la prise en charge d'un moyen de transport ou d'un arrêt de travail. De nombreux textes dans le Code de la Sécurité Sociale, ou le Code de Santé Publique, encadrent la rédaction de ce document écrit.

Selon l'article L4151-3 du CSP²⁴⁸, « ... *Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.* » et l'article R4127-318-III du CSP²⁴⁹ précise que « ... *la sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée.* »

Ainsi la sage-femme peut assurer le suivi d'une grossesse pathologique, suivre le travail, pratiquer l'accouchement et assurer la surveillance durant les suites de couches, de la mère et de l'enfant en cas de pathologie. Il est cependant nécessaire que cette pathologie soit « identifiée », c'est-à-dire que le diagnostic de la pathologie soit établi, et que la sage-femme suive les indications du médecin pour effectuer cette surveillance.

La notion de prescription n'impose pas la présence physique du médecin prescripteur. Ainsi, la sage-femme peut effectuer une surveillance ou un suivi au domicile de la patiente.

En revanche, certaines activités de la sage-femme lui sont autorisées sous conditions particulières. C'est le cas de l'exercice dans un service de gynécologie où la sage-femme peut participer au traitement d'une patiente présentant une affection gynécologique « *sous la direction d'un médecin* »²⁵⁰. Il existe une différence entre la prescription et la direction qui revient pour certains à l'exigence de la présence physique du médecin responsable, la notion de direction étant plus forte que celle de prescription. Dans ce cas, la sage-femme n'effectue pas de prise en charge de façon autonome, et se retrouve être une véritable auxiliaire « paramédicale ».

Après avoir défini le champ de compétence de la sage-femme, il s'agit maintenant d'étudier la responsabilité fondée sur la faute et les particularités liées à la profession de sage-femme.

²⁴⁸ Article L4151-3 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004

²⁴⁹ Article R4127-318 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

²⁵⁰ Article R4127-324 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

3 La responsabilité pour faute de la sage-femme

3.1 La responsabilité fondée sur la faute pour les professionnels de santé

3.1.1 Les évolutions de la responsabilité médicale

3.1.1.1 La faute médicale civile

Jusqu'au XIX^{ème} siècle, le médecin était réputé agir dans l'intérêt du patient en toutes circonstances. Il ne pouvait donc pas être sanctionné en cas d'erreur qu'il aurait pu commettre dans l'exercice de son art, sauf en cas de volonté de nuire²⁵¹. Ainsi, le médecin était reconnu irresponsable et bénéficiait d'une totale immunité. Les premières prémices d'une responsabilité médicale sont apparues avec l'affaire Hélie en 1825, au cours de laquelle un médecin avait été poursuivi civilement pour manquement aux règles de l'art lors de la pratique d'un accouchement dystocique²⁵².

La responsabilité civile du médecin va être reconnue par un arrêt de la Cour de Cassation (Arrêt du 18 juin 1835 : Thouret-Noroy c/ Guigne) dans lequel le Procureur Général Dupin va poser le principe de la responsabilité médicale en visant les articles 1382 et 1383 du Code Civil. Il s'agissait alors d'une responsabilité de nature délictuelle, et fondée sur la faute²⁵³. La Cour de Cassation viendra ensuite préciser le devoir du médecin d'exercer selon « *les règles de l'art et de la science* » (Arrêt du 21 juillet 1862 : Lodieu c/ Hyacinthe Boulanger)²⁵⁴.

C'est l'arrêt Mercier du 20 mai 1936 qui va effectuer un revirement majeur en substituant cette responsabilité délictuelle par une responsabilité de type contractuelle : « *...il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat...La violation même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle...* »²⁵⁵.

Cet arrêt viendra également consacrer la nécessité d'une pratique conforme aux données acquises de la science ainsi que l'obligation de moyens qui s'impose au médecin : « *...il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement sinon bien évidemment de guérir le malade,...du moins de lui donner des soins, non pas quelconques...mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles,*

²⁵¹ Bergoignan-Esper C. Sargos P. Les grands arrêts du droit de la santé, Editions Dalloz, Collection Grands arrêts, 2010, 603 p : p 188-190

²⁵² Surreau C. Fallait-il tuer l'enfant Foucault ? Editions Stock, Paris, 390 p

²⁵³ Bergoignan-Esper C. Sargos P. Les grands arrêts du droit de la santé, Editions Dalloz, Collection Grands arrêts, 2010, 603 p : p 190

²⁵⁴ Bergoignan-Esper C. Sargos P. Les grands arrêts du droit de la santé, Editions Dalloz, Collection Grands arrêts, 2010, 603 p : p 184

²⁵⁵ Bergoignan-Esper C. Sargos P. Les grands arrêts du droit de la santé, Editions Dalloz, Collection Grands arrêts, 2010, 603 p : p 199

conformes aux données acquises de la science. »²⁵⁶. Il s'agit donc bien d'une obligation de moyen pour le médecin, et non d'une obligation de résultat. De plus l'existence de la faute relève de l'appréciation souveraine des juges du fond.

Cette responsabilité contractuelle du médecin était basée sur l'existence d'un contrat qui reposait sur le principe du libre choix du médecin par le patient. Dans les rares cas où le médecin n'avait pas été librement choisi par le patient, la responsabilité médicale restait de nature délictuelle (Arrêt Civ.1^{ère} du 18 octobre 1960 *Walti c/ Murat*)²⁵⁷.

En ce qui concerne les sages-femmes, elles relevaient de la même responsabilité que celle des médecins.

3.1.1.2 La faute médicale à l'hôpital

Traditionnellement, l'hôpital public n'engageait sa responsabilité qu'en cas de faute lourde pour un acte médical et en cas de faute simple pour un acte de soin, un défaut d'organisation ou de fonctionnement du service. Le principe était que l'acte médical est de haute technicité, et la responsabilité ne pouvait être retenue qu'exceptionnellement lorsque les conditions de réalisation étaient exagérément contraires aux règles de l'art. Ce qui était pris en compte par le juge n'était pas la personne qui réalise l'acte, mais bien la qualification de l'acte qui peut être médical ou non. Le Conseil d'Etat avait d'ailleurs considéré qu'il s'agissait de : « *tous les actes dont l'accomplissement présente des difficultés sérieuses et requiert des connaissances spéciales acquises au prix d'études prolongées.* »²⁵⁸. La faute lourde n'était retenue que très rarement par les juges et concernait le plus souvent des négligences graves de la part du médecin, et parfois de la sage-femme.

La notion d'acte de soin, et de défaut dans l'organisation ou le fonctionnement du service va progressivement être étendue par les juges au fur et à mesure des jurisprudences, afin de pouvoir faciliter l'indemnisation des victimes.

L'arrêt du 10 avril 1992 rendu par le Conseil d'Etat (arrêt *époux V.*) va enfin admettre l'abandon de la nécessité d'une faute lourde pour engager la responsabilité de l'hôpital en cas d'acte médical. Ainsi, toute faute simple dans l'exercice d'un acte médical, d'un acte de soin d'un acte dans l'organisation ou le fonctionnement du service est susceptible d'ouvrir droit à réparation²⁵⁹.

Bien que la sage-femme qui exerce au sein de l'hôpital public soit rattachée aux personnels non médicaux, sa profession médicale l'amène à effectuer des actes médicaux au sens de la définition du Conseil d'Etat. Ainsi, les sages-femmes de l'hôpital public relevaient du même type de responsabilité que les médecins.

²⁵⁶ Collectif. *Les grandes décisions du droit médical* Sous la direction de François Vialla. Editions L.G.D.J, Lextenso éditions, 2009, 664 p : p 212

²⁵⁷ Bergoignan-Esper C. Sargos P. *Les grands arrêts du droit de la santé*, Editions Dalloz, Collection Grands arrêts, 2010, 603 p : p 195

²⁵⁸ Bergoignan-Esper C. Sargos P. *Les grands arrêts du droit de la santé*, Editions Dalloz, Collection Grands arrêts, 2010, 603 p : p 269

²⁵⁹ Bergoignan-Esper C. Sargos P. *Les grands arrêts du droit de la santé*, Editions Dalloz, Collection Grands arrêts, 2010, 603 p : p 271

3.1.1.3 La loi du 04 mars 2002

La loi du 04 mars 2002²⁶⁰ va venir réaffirmer la nécessité d'une faute pour mettre en jeu la responsabilité d'un professionnel de santé en énonçant que « *les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins, ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.* »²⁶¹. Cette loi a harmonisé le délai de prescription qui est dorénavant de dix ans à compter de la consolidation du dommage, ainsi que les conditions d'indemnisation, qui s'appliquent de la même façon si les faits ont eu lieu dans le secteur public ou privé. Les dispositions s'appliquent de manière identique à tous les professionnels de santé, les établissements, les services ou organismes qui pratiquent des actes de diagnostic, de prévention ou de soin. Même si la loi ne s'est pas prononcée sur la nature juridique de la responsabilité médicale, elle a instauré un nouveau régime de responsabilité médicale unique, indifférente de la nature de la responsabilité²⁶². Ainsi la responsabilité médicale est devenue une responsabilité légale dont les principes sont énoncés aux articles L1142-1 à L1142-3 du Code de la Santé Publique.

Il n'existe pas de définition de la faute médicale dans la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. Cependant le texte s'appuie sur la qualité des soins qui doivent être dispensés : « *Toute personne a...le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté...* »²⁶³. Ainsi, le non respect des droits du malade correspond à un manquement aux devoirs du médecin, et est constitutif de la faute.²⁶⁴ La faute médicale va alors être appréciée par rapport à la conduite qu'aurait eue le professionnel normalement diligent et compétent.²⁶⁵

²⁶⁰ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002, page 4118, texte n° 1. NOR: MESX0100092L

²⁶¹ Article L1142-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 112

²⁶² Duguet A.M., Filippi I., Herveg J., Évolution récente des actions en responsabilité médicale en France - Comparaison avec l'étranger, Ed Les Études Hospitalières, Collection : Séminaire d'actualité de droit médical, juillet 2008, 358 pages : p 47-55

²⁶³ Article L1110-5 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 1 et art 2 JORF 23 avril 2005

²⁶⁴ Hocquet-Berg S. Py B. La responsabilité du médecin, Editions Heures de France, Collection droit professionnel, 2006, 175 p : p 21

²⁶⁵ Penneau J. La responsabilité du médecin, Editions Dalloz, Collection Connaissance du droit, 3^{ème} édition, 2004, 150 p. : p 17

3.1.2 La typologie des fautes médicales

Le principe des soins attentifs et consciencieux, conformes aux données acquises de la science issu de l'arrêt Mercier n'a pas été remis en cause par la loi du 04 mars 2002. Ainsi, le médecin comme la sage-femme sont tenus à des obligations de « science et de conscience ». Leur responsabilité peut tout d'abord être recherchée en cas de faute contre la science médicale, établie en confrontant l'acte médical à l'état des données acquises de la science. Elle peut aussi être recherchée en cas de faute contre la conscience médicale, c'est-à-dire pour un manquement aux obligations déontologiques et éthiques dont ils sont redevables à leurs patients²⁶⁶.

3.1.2.1 La faute de conscience

La faute de conscience relève du comportement et de l'attitude face au patient, à la maladie ou à la famille. Elle correspond à une faute d'humanisme de la part du médecin. Le devoir d'humanisme se caractérise par « *une attitude compréhensive et patiente, attentive et respectueuse des désirs et des refus* »²⁶⁷. Ainsi la faute d'humanisme concerne l'information, le consentement libre et éclairé, et le secret médical.

L'information est le préalable indispensable au consentement libre et éclairé du patient. L'article L1111-2 CSP précise que « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé... Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser* ». ²⁶⁸ La sage-femme, comme tout professionnel, est soumise à cette obligation. Cependant l'information qu'elle délivre doit s'inscrire dans le cadre des compétences des sages-femmes et ne peut pas porter sur des actes relevant de la compétence d'un médecin²⁶⁹. Le principe du consentement libre et éclairé est énoncé dans l'article L1111-4 CSP²⁷⁰ et s'impose à tous les professionnels de santé. En ce qui concerne la sage-femme un article du code de déontologie, l'article R4127-306 CSP, vient préciser spécifiquement que « *La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible* »²⁷¹.

²⁶⁶ Lambert-Faivre Y. Porchy-Simon S. Droit du dommage corporel-Systèmes d'indemnisation, Editions Dalloz, 6^{ème} édition, 2009, 1056 p : p 748-749

²⁶⁷ Bernard M. 120 questions en responsabilité médicale. Aspects pratiques et fondamentaux, Editions Elsevier-Masson, 2007, 308 p : p128

²⁶⁸ Article L1111-2 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 37

²⁶⁹ Merger-Pelier M. Dibie-Krajman D. Manuel juridique de la sage-femme. La sage-femme face à la loi, Editions Les Etudes Hospitalières, Collection Pratiques Professionnelles, 1^{ère} édition, 2008, 215 p. : p 59

²⁷⁰ Article L1111-4 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 3 JORF 23 avril 2005 rectificatif JORF 20 mai 2005

²⁷¹ Article R4127-306 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

Le respect du secret médical s'impose à tout professionnel comme le stipule l'article L1110-4 CSP²⁷². Cette obligation au secret pour la sage-femme est aussi formulée au sein de son code de déontologie par l'article R4127-303 CSP qui énonce que « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi* »²⁷³.

Néanmoins la faute d'humanisme peut aussi concerner l'intégrité corporelle du patient, la persistance des soins ou l'abandon d'un malade, l'absence délibérée de certaines thérapeutiques comme le soulagement de la douleur par des antalgiques ou le refus de pratiquer certains actes pour des questions de croyance ou de conviction personnelle, et globalement tout ce qui a trait à l'éthique médicale.

La sage-femme peut voir sa responsabilité engagée dès lors que sa conduite est différente de celle qu'aurait eue une praticienne normalement diligente et compétente dans la même situation. Qu'il s'agisse d'une sage-femme ou d'un médecin, les règles déontologiques et le devoir d'humanisme sont identiques et dans la plupart des cas la faute de conscience est comparable. L'exercice de la profession de sage-femme présente toutefois certaines particularités qui peuvent être à l'origine de fautes spécifiques. Ainsi, le défaut délibéré d'appel au médecin en cas de pathologie, ou le dépassement de compétences peuvent être considérés comme des fautes d'humanisme.

3.1.2.2 La faute de science

La faute de science peut intervenir à plusieurs étapes de l'exercice médical : il peut s'agir d'une faute de diagnostic, de choix thérapeutique, dans la réalisation de l'acte médical ou de la surveillance²⁷⁴. La référence aux règles de l'art permet de comparer la conduite du praticien et la conformité de ses actes aux données scientifiques reconnues.

L'erreur de diagnostic constitue une faute uniquement lorsque le praticien n'a pas utilisé toutes les méthodes et tous les examens complémentaires disponibles permettant d'établir le bon diagnostic²⁷⁵ conformément à son obligation de moyens. La Cour de Cassation a précisé la distinction entre la faute et l'erreur : « *si l'erreur de diagnostic ne constitue pas en elle-même une faute, elle devient fautive lorsqu'elle résulte d'une méconnaissance de ses obligations par le médecin qui n'a pas su interpréter conformément aux données acquises de la science les symptômes traduisant l'état du malade* »²⁷⁶. Ainsi l'erreur de diagnostic correspond à un

²⁷² Article L1110-4 du Code de la Santé Publique, Modifié par la LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 2

²⁷³ Article R4127-303 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

²⁷⁴ Lambert-Faivre Y. Porchy-Simon S. Droit du dommage corporel-Systèmes d'indemnisation, Editions Dalloz, 6^{ème} édition, 2009, 1056 p : p 751-767

²⁷⁵ Bernard M. 120 questions en responsabilité médicale. Aspects pratiques et fondamentaux, Editions Elsevier-Masson, 2007, 308 p : p134

²⁷⁶ Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du jeudi 25 juin 2009 N° de pourvoi: 08-15560 Non publié au bulletin

comportement approprié du praticien mais pour lequel le résultat est insatisfaisant. La faute est liée à un comportement imprudent ou négligent du médecin qui ne s'est pas donné tous les moyens pour établir le véritable diagnostic.

Dans l'exercice de son art, la sage-femme peut voir sa responsabilité engagée pour des fautes de science comparables à celles du médecin. Ainsi la sage-femme, lorsqu'elle exerce dans son champ de compétences, peut effectuer une faute technique lors de la réalisation d'un acte médical ou de soin, un défaut de surveillance d'une patiente ou de son nouveau-né, ou une faute dans la thérapeutique choisie. La faute de diagnostic peut être plus délicate à appréhender. En effet, le domaine de compétence de la sage-femme est la physiologie, elle n'est donc pas compétente dans la pathologie. De ce fait, la faute de diagnostic de la sage-femme correspond au défaut de constat de l'existence d'une pathologie en général. Ce manquement entraînant le défaut d'appel au médecin.

Les situations d'urgence peuvent amener la sage-femme à dépasser ses compétences. Elle peut donc voir sa responsabilité engagée pour une erreur dans la réalisation d'un acte médical ou le choix d'une thérapeutique.

3.2 Les spécificités liées à la profession de sage-femme

La particularité de la profession de sage-femme au plan juridique est l'originalité de son exercice : reconnue comme indépendante elle effectue seule un certain nombre d'actes, mais peut également pratiquer d'autres actes sur la prescription ou en présence d'un médecin.

La sage-femme peut commettre une faute dans son cadre de compétences, par exemple au cours d'un accouchement eutocique, mais elle peut aussi sortir de son champ de compétences, soit par sous-estimation ou mauvaise interprétation de la situation, soit délibérément.

3.2.1 Le défaut d'appel au médecin

En cas de pathologie, la sage-femme a l'obligation d'appeler le médecin. Cependant dans certains cas la sage-femme ne fait pas appel au médecin, soit parce qu'elle n'a pas diagnostiqué la pathologie, soit dans les situations d'urgence.

3.2.1.1 La faute de diagnostic

L'obligation de moyens de la sage-femme peut être représentée par l'article R4127-326 du Code de la Santé Publique: « *la sage-femme doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes les plus appropriées et s'il y a lieu, en s'aidant des concours les plus éclairés* »²⁷⁷. La sage-femme doit donc

²⁷⁷ Article R4127-326 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

utiliser tous les moyens mis à sa disposition : son sens clinique et son raisonnement mais aussi toutes les explorations complémentaires disponibles, et ne pas hésiter à recourir à l'avis d'un confrère. En cas de doute, elle doit appeler le médecin.

De nombreuses situations cliniques peuvent néanmoins présenter des difficultés d'interprétation pour la sage-femme, comme l'analyse du rythme cardiaque fœtal par exemple.

- Les anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF)

La surveillance du Rythme Cardiaque Fœtal pendant le travail est un élément clé de la surveillance de l'accouchement. L'objectif est de détecter d'éventuelles anomalies pouvant traduire un état de souffrance fœtale aiguë, et de prévenir l'asphyxie fœtale per partum qui nécessite une prise en charge rapide afin d'éviter une évolution fatale ou des séquelles graves et invalidantes. L'analyse des tracés peut s'avérer complexe en raison de l'absence de critère spécifique de l'hypoxie survenant au cours de l'accouchement. Il existe d'ailleurs une forte variabilité intra et inter-observateurs, reflétant les difficultés de lecture et d'interprétation de ces tracés. La HAS²⁷⁸ et le CNGOF²⁷⁹ recommandent la mise en place de formations professionnelles continues, théoriques et pratiques, sur l'analyse du rythme cardiaque fœtal afin de diminuer les erreurs d'interprétation.

L'enregistrement continu du RCF permet l'analyse rétrospective des tracés qui peuvent aussi être lus et interprétés par différents professionnels (sages-femmes, obstétriciens). Ces tracés peuvent être utilisés lors d'expertises médico-légales et constituent des éléments de preuve.

De nombreuses jurisprudences administratives et judiciaires ont été retrouvées concernant des anomalies du rythme cardiaque fœtal non diagnostiquées par la sage-femme. Les conséquences sont souvent dramatiques, avec un décès néonatal ou des séquelles neurologiques graves pour l'enfant survivant.

Ainsi le 15 novembre 2006, une césarienne en urgence a été pratiquée pour anomalies du rythme cardiaque fœtal, l'enfant est décédé à 10 jours de vie de lésions neurologiques consécutives à une asphyxie périnatale. Le tribunal administratif a retenu la responsabilité du Centre hospitalier en raison du retard de la sage-femme à appeler le médecin de garde. Cette décision a été confirmée par la Cour Administrative d'Appel²⁸⁰: « *le dépassement du terme, les anomalies très nettes du rythme cardiaque fœtal et la couleur teintée du liquide amniotique, auraient dû conduire la sage-femme à appeler le médecin de garde* ». Ce n'est pas une faute de diagnostic qui est reprochée à la sage-femme mais le fait qu'elle n'ait pas fait appel au

²⁷⁸ HAS, Recommandation professionnelles : Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal, Mars 2002, p5-6, source : <http://www.has-sante.fr>

²⁷⁹ CNGOF, Recommandations pour la Pratique Clinique, Modalités de surveillance fœtale pendant le travail, Décembre 2007, source : <http://www.cngof.fr>

²⁸⁰ Cour Administrative d'Appel de Lyon N° 09LY01486 Inédit au recueil Lebon **6ème chambre** - formation à 3

médecin, alors que tous les signes manifestaient de façon évidente l'existence d'une pathologie.

Le 19 février 1997, une césarienne en urgence a été pratiquée pour anomalies du rythme cardiaque fœtal, l'enfant est décédé suite à des lésions neurologiques consécutives à une asphyxie périnatale. Le juge n'a pas retenu la responsabilité de la sage-femme car : « *une simple erreur de diagnostic, consistant en une mauvaise interprétation des signes ...ne saurait à elle seule constituer une négligence ou une imprudence au sens de la loi pénale ; ...la sage-femme, qui n'est pas soumise à une obligation de résultat, a accompli les diligences qui pouvaient être attendues d'elle, et que c'est à juste titre que le premier juge a conclu qu'elle avait accompli les diligences normales, compte tenu de la nature de ses missions et de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont elle disposait et au regard de la situation exceptionnelle dans laquelle elle se trouvait ...il convient de confirmer le non-lieu en ce qui concerne Mme A...* »²⁸¹. Dans le cas présenté, la sage-femme n'a pas reconnu les symptômes annonciateurs de la dystocie. Le fait qu'elle ait commis une erreur de diagnostic alors qu'elle avait incontestablement utilisé tous les moyens à sa disposition, a permis de ne pas engager sa responsabilité et reflète bien l'obligation de moyen et non de résultat imposé à la sage-femme.



3.2.1.2 La situation d'urgence

La grossesse est un état particulier qui peut entraîner des complications plus ou moins graves, pour la femme enceinte et son fœtus. De même l'accouchement peut présenter des risques pour la mère comme pour l'enfant. Certaines de ces complications sont imprévisibles et la sage-femme peut alors être confrontée à des événements pour lesquels son intervention est rendue nécessaire par l'urgence de la situation. Certains articles du code de déontologie permettent à la sage-femme d'agir dans l'urgence, il s'agit pour l'essentiel de circonstances exceptionnelles²⁸², de cas de force majeure c'est-à-dire en l'absence de médecin ou pour faire face à un danger pressant²⁸³.

Un événement imprévu ou une complication inattendue peuvent survenir à tout moment lors d'un accouchement, c'est le cas de la dystocie des épaules par exemple.

- La dystocie des épaules

Dans un accouchement normal, après la sortie de la tête fœtale, les épaules et le tronc fœtaux traversent spontanément le pelvis, et l'expulsion se termine sans problème particulier. La dystocie des épaules se caractérise par l'absence

²⁸¹ Cour de cassation chambre criminelle Audience publique du mardi 4 octobre 2011 N° de pourvoi: 11-80195 Non publié au bulletin

²⁸² Article R 4127-313 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

²⁸³ Article R 4127-325 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

d'engagement des épaules après expulsion de la tête. C'est une complication obstétricale rare mais très redoutée car généralement imprévisible, et responsable de risques importants (18% de taux de mortalité foetale²⁸⁴) et de séquelles pour l'enfant comme pour la mère. La dystocie des épaules représente une urgence obstétricale qui impose d'agir rapidement et efficacement en pratiquant des manœuvres d'extraction.

Lors d'un accouchement, une sage-femme a été confrontée à une dystocie des épaules. Cette sage-femme a prévenu l'obstétricien de garde et a réalisé sans attendre les manœuvres. Les juges ont considéré que les « *manœuvres, nécessaires afin d'éviter de graves lésions cérébrales à l'enfant, ont été réalisées conformément aux règles de l'art et constituaient la seule solution thérapeutique adaptée à cette urgence ;...que la sage-femme sous la responsabilité de laquelle se déroulait l'accouchement de Mme A a prévenu à 11h15 et sans délai l'assistant de garde de la survenue de la dystocie ; qu'ainsi, la sage-femme n'a commis aucune faute de nature à engager la responsabilité du service public hospitalier ; que si l'assistant de garde n'est arrivé qu'après l'extraction de l'enfant par manœuvre de Jacquemier, cette circonstance n'est pas de nature à engager la responsabilité du service public hospitalier dès lors que la praticien était retenu à l'étage supérieur pour une intervention délicate* »²⁸⁵. Dans la situation présentée, la sage-femme a exécuté des manœuvres qui ont permis l'extraction rapide d'un enfant vivant. La sage-femme peut être amenée à effectuer ces manœuvres car elles sont plus faciles pour une femme qui a souvent la main plus fine qu'un obstétricien. C'est pourquoi dans beaucoup de maternités, c'est celui qui est présent et qui a la plus petite main qui effectue la manœuvre. Toutefois, ce qui est retenu par les juges est bien la notion que la sage-femme a prévenu sans délai le médecin en raison de la pathologie, comme lui impose la loi.

Lors d'un autre accouchement, ou une sage-femme a également été confrontée à une dystocie des épaules, la praticienne n'a pas prévenu l'obstétricien de garde et a réalisé sans attendre les manœuvres. L'expert a écarté tout manquement aux règles de l'art et a considéré « *que l'initiative de la sage-femme a permis sans délai et au prix d'une manœuvre mineure et peu traumatisante d'éviter à l'enfant des troubles neurologiques plus graves que la lésion du plexus brachial ; que cette manœuvre s'imposait sans tarder et sans faire appel à un médecin* ». Cet avis n'a pas été suivi par le juge qui a considéré « *qu'il n'est pas allégué qu'une circonstance extrême ait fait obstacle à que la sage-femme appelle un médecin ainsi qu'elle y était légalement tenue, ni que le médecin de permanence ait été pour des motifs légitimes dans l'impossibilité d'intervenir ; qu'ainsi l'absence d'un médecin auprès de Mme X a constitué une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service, qui est à l'origine des préjudices subis par le jeune Adil, sans que le centre hospitalier puisse*

²⁸⁴ Collectif : La dystocie des épaules: analyse descriptive sur dix années dans une maternité de niveau III, S. Lima, C. Chauleur, M.N. Varlet, F. Guillibert, H. Patural, F. Collet, P. Seffert, G. Chêne, Gynécologie Obstétrique & Fertilité 37 (2009) 300-306

²⁸⁵ Cour Administrative d'Appel de Marseille N° 09MA01455 Inédit au recueil Lebon 2ème chambre - formation à 3

utilement faire valoir que la sage-femme a effectué l'accouchement dans les règles de l'art » ²⁸⁶. L'évolution naturelle d'une dystocie des épaules, sans intervention, est le décès de l'enfant. Plus l'intervention est rapide, et plus le risque de séquelles neurologiques s'amointrit. Certains experts estiment même que les lésions de paralysie du plexus brachial sont en lien avec la distension extrême du cou qui survient lors de la dystocie et non consécutives aux manœuvres. Bien que la sage-femme ait effectué les manœuvres selon les règles de l'art, et bien que cela ait permis la naissance d'un enfant vivant sans séquelle neurologique, sa responsabilité a été engagée car au sens de la loi elle aurait dû faire appeler le médecin.

Ainsi, en confrontant ces deux jurisprudences, il est clair que ce qui est reproché à la sage-femme est bien le défaut d'appel au médecin et non le fait de réaliser des manœuvres, même si celles-ci sont réalisées dans les règles de l'art.

3.2.2 Le dépassement de compétences

L'exercice de la profession de sage-femme est juridiquement défini et encadré. Ce sont les articles L4151-1 à L4151-4 du Code de la santé publique qui définissent son champ de compétences. L'article R4127-318 du code de déontologie vient préciser un certain nombre d'actes que la sage-femme est autorisée à pratiquer pour exercer ces compétences.

3.2.2.1 Les actes ou prescription hors du champ de compétences

Certaines situations obstétricales peuvent amener la sage-femme à effectuer des actes ou des prescriptions en dehors de son champ de compétences, le plus souvent en lien avec une méconnaissance des textes législatifs. Ainsi le déclenchement du travail en dehors de toute pathologie, la pratique des ventouses ou la prescription de certains médicaments sont réalisés de façon plus ou moins habituelle.

- Le déclenchement artificiel du travail

La décision de déclencher artificiellement le travail ne fait pas partie des compétences de la sage-femme. En effet lorsque le déclenchement est programmé pour raison médicale c'est qu'il existe une pathologie, et c'est alors à l'obstétricien de poser l'indication du déclenchement.

Le déclenchement peut également être réalisé en raison de convenances personnelles du couple qui souhaite la naissance à une date déterminée, ou en raison d'une organisation du service afin de réguler l'activité de la salle de naissance. Ce déclenchement sans nécessité médicale est couramment effectué dans les services de maternité. La Haute Autorité de Santé (HAS) a d'ailleurs édicté des règles de bonnes pratiques concernant le déclenchement « pour indications non

²⁸⁶ Cour Administrative d'Appel de Versailles N° 05VE00474 Inédit au recueil Lebon 1ère Chambre

médicales »²⁸⁷ qui précisent que ce déclenchement doit être une demande ou être effectué avec l'accord de la patiente, après l'avoir informée des modalités et des risques potentiels. Toutefois le code civil précise à l'article 16-3 qu' « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.* »²⁸⁸ Même s'il n'est pas clairement spécifié dans les recommandations de l'HAS que l'indication de ce type de déclenchement doit être posée par un médecin, la prudence impose à la sage-femme de ne pas décider de son propre chef de déclencher une patiente sans pathologie.

Ainsi, une Cour d'Appel a reconnu la faute exclusive d'une sage-femme qui avait posé seule une indication de déclenchement, alors que les séquelles neurologiques de l'enfant sont directement liées à l'extraction instrumentale par forceps. En l'espèce, une sage-femme a décidé de diriger le travail d'une patiente enceinte au terme de 38 semaines d'aménorrhée, la naissance de l'enfant a eu lieu par extraction instrumentale pour non progression et anomalies du rythme cardiaque foetal. L'enfant a présenté à la naissance une embarrure pariétale gauche (fracture de l'os pariétal), compliquée d'un hématome sous-dural et d'une hydrocéphalie. L'expert, a considéré que « *l'application de forceps était justifiée par l'absence de progression de la présentation, malgré les efforts expulsifs, et par l'existence d'anomalies du rythme cardiaque du fœtus, que si des difficultés techniques étaient apparues dans la pose des cuillères du fait de la position postérieure de la présentation, celles-ci n'étaient pas nécessairement prévisibles, ... si une césarienne aurait été préférable, cette indication était donnée a posteriori et avec des réserves, et que le médecin avait dû prendre sa décision dans un contexte d'urgence* ». La Cour a alors déduit « *que ne pouvait être reproché à ce dernier [l'obstétricien] ni maladresse ni usage inapproprié des forceps, ni de ne pas avoir, comme il y aurait été tenu en l'absence d'urgence, informé sa patiente sur les risques connus inhérents à la méthode d'accouchement employée, fussent-ils exceptionnels, afin de recueillir son consentement éclairé* ». En revanche, les juges ont considéré que la sage-femme avait commis une faute, suivant l'avis de l'expert qui a précisé : « *qu'aucune raison médicale ne justifiait ce déclenchement, que, l'urgence d'y procéder à 38 semaines n'étant pas caractérisée, rien ne permettait d'affirmer que l'enfant se serait présenté ultérieurement de façon aussi défavorable et que d'autres examens auraient permis de mieux appréhender la présentation du fœtus et l'indication thérapeutique la plus appropriée, ce dont il résultait que la décision d'accouchement avait entraîné pour Mme X... la disparition actuelle et certaine d'une éventualité favorable* »²⁸⁹. Or, dans le cas présenté, l'expert a expliqué : « *qu'aucune raison médicale ne justifiait ce déclenchement, qu'une simple surveillance aurait pu suffire,*

²⁸⁷ HAS, Recommandation professionnelles : Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée, Avril 2008, p7, source : <http://www.has-sante.fr>

²⁸⁸ Article 16-3 du Code Civil, Modifié par la Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 - art. 9 JORF 7 août 2004

²⁸⁹ Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du jeudi 17 décembre 2009 N° de pourvoi: 08-21206 08-21878 Non publié au bulletin

rappelant l'existence d'un travail très rapide lors du premier accouchement ». La lecture du même dossier par un expert différent aurait pu démontrer l'intérêt d'un travail dirigé chez une patiente présentant un antécédent d'accouchement rapide : éviter l'accouchement inopiné à domicile ou sur le trajet de la maternité lors de l'accouchement suivant. Le déclenchement pour un accouchement rapide antérieur est une pratique courante dans de nombreuses maternités : l'accouchement en dehors du milieu hospitalier, présente de nombreux risques très bien décrits avec notamment une nette augmentation de la mortalité et de la morbidité néonatale. Même si l'opportunité de ce déclenchement aurait pu être discutée, les juges respectent scrupuleusement la loi, ce qui est ici reproché à la sage-femme c'est bien d'avoir posé l'indication de déclenchement alors que cela ne fait pas partie de ses compétences.

La solution retenue par les juges pose question. Bien que les séquelles néonatales soient directement en rapport avec la pose des forceps par l'obstétricien, l'expert a conclu « *qu'aucune utilisation inappropriée, aucune maladresse n'est établie à l'encontre du docteur Y.* » Pourtant dans un autre cas, où l'enfant présentait la même embarrure pariétale, un expert différent a expliqué que ce type de lésion était consécutif d'une technique imparfaite : « *Le forceps a dû être placé de façon insuffisamment profonde, le bec du forceps étant situé sur un os pariétal et non pas sur l'os malaire comme il se doit. On peut donc dire que l'application de forceps « a été imparfaite* »²⁹⁰. Ainsi, une faute de l'obstétricien aurait pu être admise, et par conséquent la reconnaissance d'un partage de responsabilités entre l'obstétricien et la sage-femme. Il s'agit d'une procédure civile, la sage-femme reconnue comme seule responsable n'aura pas à assumer personnellement l'indemnisation financière qui sera prise en charge par son employeur, toutefois, les conséquences morales sont importantes pour la sage-femme qui a été reconnue comme seule « coupable ».

- Les extractions instrumentales

Certains accouchements par voie basse nécessitent une aide à l'expulsion à l'aide de ventouses, de spatules ou de forceps. Ces extractions instrumentales sont de pratique courante et permettent de réduire la mortalité et la morbidité de fœtus en détresse mais sont en contrepartie grevées d'une morbidité néonatale propre non négligeable. Parfois l'extraction instrumentale est indiquée pour insuffisance des efforts expulsifs maternels, souvent en lien avec une fatigue maternelle. Il s'agit alors plutôt d'une aide à la naissance que d'une réelle pathologie. Cependant la pratique de l'extraction instrumentale a été interdite aux sages-femmes depuis la loi du 22 novembre 1892²⁹¹, et cette interdiction était clairement énoncée dans l'ancien article R4127-318 du CSP : « *Il est interdit à la sage-femme de pratiquer toute intervention instrumentale,...* ». Même si cette précision a été supprimée de l'article par un décret

²⁹⁰ Source : <http://www.risque-medical.fr/decisions-justice/gynecologie-obstetrique/extraction-instrumentale-traumatique-cas-n-1>

²⁹¹ Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIXème siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p : p 195

en 2006²⁹², cela n'équivaut pas à une autorisation pour les sages-femmes de pratiquer les ventouses ou les forceps.

Le Collège National des Sages-femmes a effectué une enquête d'opinion auprès des sages-femmes entre avril et juin 2003. La question était l'ajout de la ventouse et du forceps d'expulsion aux compétences de la sage-femme. Les sages-femmes se sont exprimées majoritairement contre et ont avancé que ces instruments sont habituellement réservés aux situations pathologiques alors que la particularité de la sage-femme est l'eutocie²⁹³. Cependant, un quart des sages-femmes se sont déclarées favorables à l'utilisation de ces instruments pour une aide à l'expulsion en cas de fatigue maternelle. Elles ont expliqué l'avantage incontestable pour la mère et l'enfant de la réduction du délai entre le moment où est posée l'indication et le moment de la naissance.

Il semble donc que certaines sages-femmes revendiquent le recours aux extractions instrumentales. Certaines maternités avaient d'ailleurs instauré la pratique des ventouses par les sages-femmes. Néanmoins, l'article R4127-313 CSP précise que « *Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités* »²⁹⁴.

Ainsi lors d'un accouchement le 06 mai 1976, une sage-femme a tenté une extraction instrumentale pour défaut de progression du mobile fœtal. L'enfant conserve des séquelles irréversibles du système nerveux central. Les juges ont considéré que « *la pose d'une ventouse constitue un acte médical pour l'accomplissement duquel la sage-femme n'était pas qualifiée et que, par ailleurs, cette dernière a tardé à faire appel à un médecin dont la présence s'imposait cependant, eu égard aux conditions difficiles dans lesquelles se déroulait l'accouchement ; que ces faits sont révélateurs de l'existence d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service hospitalier* »²⁹⁵.

Aucune jurisprudence administrative ou judiciaire plus récente n'a été retrouvée concernant la pratique d'extraction instrumentale par les sages-femmes.

- La prescription hors Autorisation de Mise sur le Marché

Le dossier d'Autorisation de Mise sur le Marché²⁹⁶ (AMM) contient l'intégralité des informations et études d'un médicament qui se retrouve ensuite sous forme synthétisée dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP). La prescription

²⁹² Décret n° 2006-1268 du 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) NOR: SANP0622920D JORF n° 242 du 18 octobre 2006 page 15444 texte n° 14

²⁹³ Collège National des Sages-Femmes, CNSF, La revue Sage-femme, Ed Elsevier Masson, Volume 3, n° 4, septembre 2004 p 185-188

²⁹⁴ Article R4127-313 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

²⁹⁵ Cour administrative d'appel de Nantes N° 89NT00518 Mentionné dans les tables du recueil Lebon 1E CHAMBRE

²⁹⁶ Article L5121-8 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5

hors AMM revient à prescrire dans des conditions d'utilisation autres que celles du RCP, c'est-à-dire hors indication thérapeutique, hors posologie conseillée, hors fréquence et durée de traitement conseillées, ou hors groupe de patients.

Aucun texte n'interdit de prescrire hors AMM et cette prescription peut même être reconnue à titre d'exception par la loi²⁹⁷. La prescription hors AMM représenterait 15 à 20% de toutes les prescriptions. Elle est souvent en lien avec une nouvelle indication thérapeutique d'un médicament connu, qui va être peu à peu validée par l'usage des professionnels, et elle est particulièrement fréquente en obstétrique.

Le pharmacien d'officine doit contrôler la régularité de l'ordonnance (posologie, interactions médicamenteuses, durée de traitement,...) et lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament (Article R 4235-61)²⁹⁸. Face à une prescription hors AMM d'une sage-femme, le pharmacien peut refuser de dispenser le médicament à la patiente, ou la caisse d'assurance maladie peut refuser de le rembourser. Mais à l'hôpital le pharmacien fournit des médicaments non nominatifs, destinés à un service et non à un patient.

La sage-femme est libre dans ses prescriptions de médicaments issus d'une liste de classes thérapeutiques fixée par arrêté²⁹⁹ du ministre chargé de la santé³⁰⁰. La seule restriction est énoncée par l'article R4127-313³⁰¹ qui précise que « *La sage-femme...doit dans ses actes et ses prescriptions observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des soins et l'intérêt de sa patiente.* ».

Aucun texte n'interdit donc explicitement la prescription hors AMM pour la sage-femme. Toutefois, la prescription hors AMM représente un risque accru de mise en cause en cas de dommage à une patiente en raison du non respect des bonnes recommandations d'utilisation du médicament. Ainsi la sage-femme pourrait voir sa responsabilité pénale engagée pour mise en danger du patient (Article 223-1 CP) ou sa responsabilité civile avec un assureur qui refuserait de la garantir pour une prescription hors AMM sans aucune justification scientifique alors que la sage-femme doit fonder ses prescriptions sur les données acquises de la science³⁰².

Aucune jurisprudence administrative ou judiciaire n'a été retrouvée concernant la prescription hors AMM par des sages-femmes.

²⁹⁷ Article L5121-12-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par la LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 - art. 57

²⁹⁸ Article R 4235-61 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

²⁹⁹ Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires NOR: AFSH1303324A

³⁰⁰ Article L4151-4 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004

³⁰¹ Article R 4127-313 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

³⁰² Article R 4127-325 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

3.2.2.2 Les actes hors compétences en situation d'urgence

Dans les situations d'urgence, la sage-femme peut être amenée à effectuer des actes qui dépassent ses compétences. Le code de déontologie prévoit notamment que des circonstances exceptionnelles peuvent permettre à la sage-femme d'effectuer des actes de donner des soins, ou de formuler des prescriptions dans des domaines qui débordent sa compétence professionnelle.³⁰³ L'article R4127-315 lui impose même d'agir en énonçant qu' : « *Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance...* »³⁰⁴. Cependant, la sage-femme ne doit pas non plus faire courir un risque injustifié à la patiente ou à son enfant³⁰⁵.

Différentes situations peuvent imposer à la sage-femme d'effectuer des actes en dehors de ses compétences, comme lors d'une césarienne en urgence par exemple.

- L'instrumentation au bloc opératoire

La sage-femme a un rôle traditionnel au bloc opératoire: préparer la mère à cet acte et recueillir l'enfant afin de pouvoir prodiguer les soins nécessaires parfois en urgence. Cependant, aucun article consacré à la profession de sage-femme (articles L.4151-1 à L.4151-4 et R.4127-318 du code de la santé publique) ne peut être interprété comme lui donnant les compétences pour intervenir comme aide-opératoire auprès d'un gynécologue-obstétricien.

En principe la fonction d'instrumentiste doit être exercée en priorité par un(e) Infirmier(ière) de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat (IBODE). Il s'agit d'un métier spécifique avec des compétences particulières et dont les fonctions sont définies réglementairement (Article R4311-11 CSP)³⁰⁶. Le diplôme d'état peut d'ailleurs être délivré aux sages-femmes³⁰⁷ qui auraient suivi l'enseignement d'une durée de 18 mois et satisfait aux conditions d'examen.

Toutefois, en cas de péril imminent la sage-femme peut être amenée à effectuer certaines missions dévolues à l'IBODE pour faciliter la rapidité de la réalisation de l'intervention chirurgicale. C'est afin d'éviter des dommages irréparables pour la patiente et le nouveau-né en lien avec un retard à l'intervention chirurgicale, que la sage-femme peut intervenir dans l'attente du personnel dûment qualifié en vue de réaliser la césarienne.

Néanmoins la structure ne doit pas être organisée avec des sages-femmes pour pallier à l'absence de personnel qualifié. La sage-femme ne doit pas accepter

³⁰³ Article R4127-313 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

³⁰⁴ Article R4127-315 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

³⁰⁵ Article R4127-314 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

³⁰⁶ Article R4311-11 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

³⁰⁷ Article D4311-42 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2012-851 du 4 juillet 2012 - art. 2

de faire fonction d'IBODE de façon habituelle. Si un dommage survient à l'occasion de soins délégués abusivement, la responsabilité du délégant (le médecin) peut être engagée car l'activité effectuée ne fait pas partie des compétences de la sage-femme. De façon identique, la responsabilité du délégataire (la sage-femme) peut être recherchée car elle a accepté une tâche pour laquelle elle se sait incompétente ce qui représente un manquement à l'obligation de prudence. Cela constituerait également une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service hospitalier.

Aucune jurisprudence administrative ou judiciaire n'a été retrouvée concernant la pratique de l'instrumentation opératoire par des sages-femmes.

3.2.3 Les interactions entre la sage-femme et l'obstétricien

Lors d'une grossesse et d'un accouchement eutocique, la sage-femme intervient seule. En revanche, dès lors qu'il y a une pathologie, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Il peut s'agir d'un obstétricien, en cas de pathologie maternelle mais également d'un anesthésiste dans les situations d'urgences vitales comme les hémorragies, ou d'un pédiatre en cas de pathologie néonatale. Les interactions les plus nombreuses sont effectuées avec l'obstétricien et peuvent intervenir tout au long de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement ou du post partum immédiat. Les interactions avec les anesthésistes et les pédiatres relèvent des mêmes principes mais sont moins fréquentes et sur une période plus courte : durant le travail, l'accouchement et les suites de couches immédiates pour l'anesthésiste, durant les suites de naissance immédiates pour le pédiatre.

3.2.3.1 Le désaccord entre la sage-femme et l'obstétricien

En cas de pathologie, la sage-femme peut être amenée à effectuer des actes cliniques ou techniques sous la prescription du médecin. Même si son domaine de compétences se limite à la physiologie, elle peut toutefois avoir un avis sur l'opportunité de l'acte qu'elle s'apprête à accomplir. Cela peut-être le cas lors d'un déclenchement artificiel du travail.

- Le déclenchement artificiel du travail

Comme cela a été expliqué, la décision de déclencher artificiellement le travail, que ce soit en cas de pathologie ou sans indication médicale, ne fait pas partie des compétences de la sage-femme.

L'obstétricien est donc l'organisateur du déclenchement, il en pose l'indication et définit strictement la conduite à tenir qui doit être appliquée. Tous les éléments cliniques, la décision et le protocole à suivre doivent être écrits dans le dossier médical de la patiente. La sage-femme sera ensuite chargée de respecter ce protocole.

La sage-femme peut ne pas partager l'évaluation clinique de l'obstétricien et remettre en cause les conditions techniques de réalisation. Néanmoins lorsqu'il s'agit

d'une transcription écrite précise de consignes claires et non ambiguës de la part du médecin, la sage-femme se doit d'accepter le déclenchement. Dans ce cas, elle sera responsable des actes en rapport avec son exercice et son champ de compétences (pratique des actes cliniques et techniques nécessaires à la surveillance du travail) mais pas de la décision de déclenchement.

L'indépendance professionnelle de la sage-femme lui permet de refuser le déclenchement mais le motif du refus doit être exposé et consigné dans le dossier (pronostic obstétrical médiocre, mauvaise « impression » clinique,...). Toutefois, elle doit s'assurer que cela ne nuit pas à la patiente et que la continuité des soins sera assurée³⁰⁸. Il s'agit là de situations difficiles, dans laquelle il convient de tenter, le plus possible, de régler le désaccord en conservant de bonnes relations entre les différents professionnels de santé. La sage-femme peut avoir une opinion personnelle différente de celle de l'obstétricien. En effet, l'autonomie dans l'exercice de son art lui donne indiscutablement le droit d'avoir une analyse divergente de celle du médecin. Même s'il est délicat pour la sage-femme de s'opposer à l'obstétricien, elle se doit de décrire dans le dossier obstétrical son interprétation objective des faits cliniques, d'en préciser le caractère pathologique, et de mentionner la transmission de l'anomalie au médecin. Dans les situations extrêmes, elle peut même faire appel à une autre sage-femme ou un autre médecin afin d'encourager la discussion et peut-être inciter le médecin à revoir sa conduite à tenir.

Aucune jurisprudence administrative ou judiciaire n'a été retrouvée concernant un désaccord entre l'obstétricien et la sage-femme au sujet de la prise en charge d'une patiente.

3.2.3.2 La collaboration dans le champ de compétences de la sage-femme

Dès que la sage-femme a fait appel au médecin, la surveillance de la patiente va s'exercer de façon conjointe entre la praticienne et l'obstétricien. Un certain nombre d'actes et de stratégies thérapeutiques sont prescrits par le médecin, tandis que d'autres relèvent toujours de la compétence de la sage-femme.

- La collaboration à la surveillance d'un déclenchement

Que la sage-femme exécute, ou non, le geste technique inaugural du déclenchement, elle reste responsable de la surveillance du travail conjointement avec l'obstétricien qui doit également s'impliquer dans cette surveillance.

Ainsi, lors d'un accouchement déclenché pour une pathologie infectieuse, les juges ont reconnu une faute de la sage-femme en lien avec un manque de surveillance mais également une faute de l'obstétricien : « *l'existence d'une faute de M. de Y... ayant consisté aussi en une absence de surveillance de la patiente qu'il n'avait pas visité avant la naissance ainsi qu'en un défaut de contrôle de l'action de la sage-femme qui n'avait pas reçu d'instructions précises sur les mesures appropriées*

³⁰⁸ Article R 4127-328 du Code de la Santé Publique, Codifié par le Décret 2004-802 2004-07-29

et que ces fautes avaient retardé la découverte de la souffrance fœtale à l'origine des lésions dont souffre l'enfant. »³⁰⁹.

Le protocole de déclenchement peut entraîner un rôle ambigu pour la sage-femme. Deux thérapeutiques différentes peuvent être utilisées : les prostaglandines ou les ocytociques. Les prostaglandines ne font pas partie des classes thérapeutiques que la sage-femme peut prescrire, elle ne peut pas non plus en modifier la posologie. Elle ne va donc les utiliser que sur consigne précise et écrite du médecin. Toutefois, elle reste responsable de la surveillance de la patiente parallèlement avec l'obstétricien.

En revanche l'ocytocine fait partie des droits de prescription de la sage-femme qui a alors la possibilité de modifier les posologies et les débits sous réserve de surveiller les effets de cette modification. Elle a donc la possibilité d'initiatives dans son champ de compétences, mais dans ce cas sa responsabilité personnelle peut être engagée s'il est démontré que le dommage corporel maternel fœtal ou néonatal est lié à une faute médicale de sa part³¹⁰. Ainsi, en 2004, la Cour de Cassation a appuyé sa décision sur le fait que la Cour d'Appel de Paris « *a considéré que la sage-femme dispose d'une indépendance professionnelle qui en fait plus qu'une simple préposée de sorte que sa responsabilité professionnelle peut être recherchée en raison des fautes personnelles commises*³¹¹ ».

- La collaboration à la surveillance d'une accouchée

Devant une patiente présentant une pathologie, la sage-femme peut être amenée à effectuer des examens cliniques, des actes techniques sous la prescription du médecin. Même si son domaine d'exercice se limite à la physiologie, elle peut toutefois avoir des possibilités d'initiatives dans son champ de compétences. De ce fait, elle assure la surveillance de la patiente conjointement avec l'obstétricien, et peut voir sa responsabilité engagée en cas de faute.

Ainsi, à la suite d'un accouchement d'une grossesse gémellaire, survient une hémorragie de la délivrance qui aboutira au décès de la patiente. Le médecin a commis une faute en s'abstenant d'examiner lui-même la patiente, car un accouchement compliqué n'est pas du ressort de la sage-femme, et en s'abstenant de donner les directives nécessaires à la sage-femme. Cependant, la Cour a également considéré que « *la sage-femme était libre de prescrire, ou d'interrompre, sous sa propre responsabilité, l'administration d'ocytociques, inscrits sur la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire, et que, d'autre part, l'existence des fautes relevées à l'encontre du gynécologue pendant les opérations d'évacuation de la cavité utérine ne suffit pas à exclure l'éventualité de fautes*

³⁰⁹ Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du mardi 9 novembre 2004 N° de pourvoi: 01-16739 Publié au bulletin

³¹⁰ Soutoul J.H. Seguin C. Gibault C. La sage-femme face aux juges, Editions Ellipse, Collection Les professions de santé face à la justice, 1996, 190 p : p 155

³¹¹ Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du mardi 9 novembre 2004 N° de pourvoi: 01-17168 Publié au bulletin

commises par la sage-femme pendant ces opérations ou dans la surveillance des suites de couches. »³¹².

3.2.3.3 Les relations entre la sage-femme et l'interne en médecine

La sage-femme peut voir sa responsabilité engagée si elle ne fait pas appel à un médecin en cas de pathologie. Cependant, lorsque la sage-femme a fait appel à un interne, il peut être délicat d'établir les responsabilités réciproques. Selon le Code de la Santé publique, l'interne est un praticien en formation spécialisé³¹³ qui « *exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* »³¹⁴ c'est-à-dire l'obstétricien pour les services de maternité. La sage-femme étant plus expérimentée dans la pratique de l'obstétrique, s'il existe une discordance dans l'interprétation des signes cliniques, dans la conduite à tenir, la sage-femme se doit d'appeler un spécialiste plus entraîné.³¹⁵

Ainsi lors d'un accouchement, une sage-femme a appelé l'interne pour des anomalies du rythme cardiaque fœtal. L'interne a pratiqué une extraction instrumentale et a ensuite été confronté à une dystocie des épaules qu'il a résolue en pratiquant des manœuvres. L'enfant conserve une paralysie du plexus brachial gauche peut-être consécutive des manœuvres exécutées par l'interne. Les juges ont considéré en s'appuyant sur l'article L 4151-3 que « *lorsque survient une dystocie pendant un accouchement se déroulant sous la surveillance d'une sage-femme, celle-ci a l'obligation d'appeler un médecin ; que l'absence d'un médecin dans de telles circonstances est constitutive d'un défaut dans l'organisation et le fonctionnement du service engageant la responsabilité du service public hospitalier, à moins qu'il ne soit justifié d'une circonstance d'extrême urgence ayant fait obstacle à ce que la sage-femme appelle le médecin ou que le médecin appelé ait été, pour des motifs légitimes, placé dans l'impossibilité de se rendre au chevet de la parturiente* ». La décision de la Cour administrative d'Appel précise même « *que les premiers juges ont, par suite, considéré à bon droit que la circonstance que la sage-femme s'est bornée à faire appel à un interne et non au médecin attaché au service est constitutive d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service public, imputable au centre hospitalier* »³¹⁶. Bien que la sage-femme ait appelé l'interne, il lui est néanmoins reproché de ne pas avoir fait appel au médecin comme la loi le lui impose.

³¹² Cour de cassation chambre criminelle Audience publique du mercredi 21 octobre 1998 N° de pourvoi: 97-84999 Publié au bulletin

³¹³ Article R6153-2 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2011-954 du 10 août 2011 - art. 2

³¹⁴ Article R6153-3 du Code de la Santé Publique, Modifié par le Décret n°2010-1187 du 8 octobre 2010 - art. 4

³¹⁵ Soutoul J.H. Seguin C. Gibault C. La sage-femme face aux juges, Editions Ellipse, Collection Les professions de santé face à la justice, 1996, 190 p : p 155

³¹⁶ Cour Administrative d'Appel de Versailles N° 06VE01472 Inédit au recueil Lebon 4ème Chambre

Dans les services hospitaliers qui accueillent les étudiants en médecine, la pratique habituelle en cas de pathologie est d'appeler d'abord l'interne. Celui-ci va effectuer un premier examen clinique, et éventuellement faire appel au médecin chevronné s'il le juge nécessaire. Dans de nombreux services, les patients peuvent être reçus et traités uniquement par cet interne. Les maternités ne font pas exception à cette règle. En cas de pathologie, la sage-femme appelle toujours l'interne en premier, puis celui-ci décide éventuellement d'appeler le médecin sénior. Une sage-femme n'appellera jamais l'obstétricien de prime abord, de toute façon celui-ci refusera de se déplacer si l'interne n'a pas été prévenu avant lui. En effet, le recours systématique à l'interne en première intention permet à ce praticien de se former à la pratique de sa spécialité. Seules les urgences vitales vont permettre à la sage-femme d'appeler les deux praticiens en même temps. Il s'agit alors souvent d'un appel à l'équipe au complet : interne d'obstétrique, obstétricien, anesthésiste-réanimateur accompagné d'un interne, voir réanimateur pédiatrique et interne en pédiatrie. L'autre situation qui peut imposer l'appel à l'obstétricien est le désaccord entre la sage-femme et l'interne, ce qui sous-entend que ce dernier a déjà été appelé.

Dans le cas présenté, la sage-femme a très logiquement appelé uniquement l'interne et non l'obstétricien. Il semble cependant que les juges ne considèrent pas l'interne comme un médecin lorsqu'il s'agit du devoir d'alerte de la sage-femme. Ainsi, une autre jurisprudence de 2006 la Cour Administrative d'Appel de Douai précise : « *la sage-femme qui n'a pas demandé la présence d'un médecin a administré des antibiotiques à Mme X, sur simple avis, semble-t-il, de l'interne de garde* »³¹⁷.

La place de la sage-femme est ainsi particulièrement ardue : il lui est déjà parfois difficile de savoir à quel moment appeler le médecin, il lui faut également « prévoir » la pathologie qui risque de se compliquer et qui nécessitera l'appel de l'obstétricien plutôt que l'interne.

³¹⁷ Cour administrative d'appel de Douai N° 04DA00543 Inédit au recueil Lebon 2E CHAMBRE - FORMATION A 3

CONCLUSION

L'exercice de la profession de sage-femme est directement lié à l'histoire de la naissance et peut se décliner de multiples façons en fonction de l'époque et de la société considérée. Pendant des millénaires les femmes ont accouché à domicile, entourées de compagnes plus ou moins expertes. Progressivement les conditions de la naissance vont changer avec l'apparition des hommes accoucheurs, les meilleures conditions d'accueil dans les hôpitaux, l'avènement de l'obstétrique, de l'anesthésie et de l'hygiène. La majorité des naissances va avoir lieu à l'hôpital et la pratique de la sage-femme va être profondément modifiée par des accouchements de plus en plus médicalisés. La profession de sage-femme s'est beaucoup transformée avant de parvenir à l'exercice pratiqué en France aujourd'hui.

Lors d'un accouchement eutocique, la sage-femme intervient seule. Lorsqu'elle commet une faute dans l'exercice de son art, que ce soit par incompetence, insouciance, inattention, négligence, imprudence, ou non respect des règles de l'art, il est normal que la sage-femme voie sa responsabilité recherchée. Toutefois la limitation de son champ de compétences à la physiologie est la source de questionnements récurrents sur l'étendue de son exercice et de sa pratique clinique. En effet, dès lors qu'il y a une pathologie, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Cependant, il n'existe pas de définition légale de la pathologie, ce qui conduit à des difficultés d'interprétation sur l'opportunité de la réalisation de certains actes par les sages-femmes qui risquent alors de dépasser leurs compétences.

La sage-femme est une profession médicale et elle est autonome dans son champ de compétences. Mais lorsque survient la dystocie, elle devient l'auxiliaire du médecin avec lequel elle collabore dans la poursuite de la surveillance des patientes. Néanmoins, elle conserve son indépendance en toutes circonstances et peut ainsi voir sa responsabilité engagée conjointement avec celle du médecin spécialiste lorsqu'elle participe à la surveillance d'un accouchement dystocique. Ainsi il peut y avoir un partage de responsabilité ou une responsabilité exclusive de l'un ou de l'autre en fonction de l'auteur de la faute et la recherche de la responsabilité respective de la sage-femme et/ou du médecin en cas de contentieux peut alors être délicate.

Au cours de la pratique de son art, la sage-femme est soumise aux mêmes obligations et aux mêmes devoirs de science et de conscience que le médecin vis-à-vis de ses patientes et de leurs nouveau-nés. Comme tout professionnel de santé sa responsabilité ne peut être recherchée qu'en cas de faute. Toutefois, son mode d'exercice singulier fait apparaître des particularités dans les fautes qui peuvent lui être reprochées. De ce fait, le plus souvent c'est le retard ou l'absence d'appel au médecin qui va être critiqué.

De plus, la sage-femme a une place parfois délicate lorsque survient la pathologie : elle a l'obligation d'appeler le médecin, tout en restant autonome dans son champ de compétences. Elle a le devoir de suivre les directives du médecin

mais doit privilégier en toutes circonstances l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patientes et de leurs nouveau-nés, et peut donc être amenée à manifester son désaccord concernant certaines décisions de l'obstétricien.

Ainsi, la pratique de la profession de sage-femme nécessite un dépistage précoce des situations à risque afin de reconnaître la pathologie ou les signes annonciateurs de dystocie pour la mère et l'enfant. De plus, la sage-femme doit constituer un dossier médical complet et précis, correctement rédigé dans lequel elle doit expliquer et argumenter les choix opérés. Elle doit également continuer à se former tout au long de son exercice professionnel grâce à la formation médicale continue. Mais surtout, la sage-femme doit respecter les limites de ses compétences ce qui repose sur la parfaite connaissance des textes législatifs et réglementaires concernant sa pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Beauvalet-Boutouyrie S, Naître à l'hôpital au XIXème siècle, Histoire et société collection modernités, Paris, Ed Belin, 1999, 431p :105, 106, 107, 108, 111-112, 119, 191, 192, 195, 350, 200

Bergoignan-Esper C. Sargos P. Les grands arrêts du droit de la santé, Editions Dalloz, Collection Grands arrêts, 2010, 603 p : p 5, 184, 188-190, 195, 199, 269, 271

Bernard M. 120 questions en responsabilité médicale. Aspects pratiques et fondamentaux, Editions Elsevier-Masson, 2007, 308 p : p128, 134

Cavillon M, La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs Etudes et résultats n° 791, mars 2012,

Collectif. Les grandes décisions du droit médical Sous la direction de François Vialla. Editions L.G.D.J, Lextenso éditions, 2009, 664 p : p 212, 554, 559

Collectif : La dystocie des épaules: analyse descriptive sur dix années dans une maternité de niveau III, S. Lima, C. Chauleur, M.N. Varlet, F. Guillibert, H. Patural, F. Collet, P. Seffert, G. Chêne, Gynécologie Obstétrique & Fertilité 37 (2009) 300-306

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, CNGOF, Recommandations pour la Pratique Clinique, Modalités de surveillance fœtale pendant le travail, Décembre 2007, source : <http://www.cngof.fr>

Collège National des Sages-Femmes, CNSF, La revue Sage-femme, Ed Elsevier Masson, Volume 3, n°4, septembre 2004 p 185-188

Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1981, Tome 1 :189p : p 24, 27, 51, 66, 67, 102, 167,

Coulon-Arpin M, La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle, Paris, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2 :190p : p 11, 13, 14,16, 17, 42, 80, 83, 95-98

Delaunay P, La Maternité de Paris, Paris, Ed Librairie médicale et scientifique Jules Rousset : p 351-352.

Duguet A.M., Filippi I., Herveg J., Évolution récente des actions en responsabilité médicale en France - Comparaison avec l'étranger, Ed Les Études Hospitalières, Collection : Séminaire d'actualité de droit médical, juillet 2008, 358 pages : p 47-55

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

Gélis J, La sage-femme ou le médecin, Une nouvelle conception de la vie, Paris, Ed Fayart, 1988, 560p : p 18, 26-27, 42, 43, 44, 50

Goffinet F., Carayol M. , Foidart J.M., Alexander S., Uzan S., Subtil D. et coll; PREMDA Study Group, 2006, "Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observation prospective survey in France and Belgium" *Am J Obstet Gynecol*, 194, p.1002-1011

Hannah M.E., Hannah W.J. , Hewson S.A., Hodnett E.D., Saugal S., Willan A.R., 2000, Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term : a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*, 356, 1375-1383

HAS, Recommandation professionnelles : Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal, Mars 2002, p5-6, source : <http://www.has-sante.fr>

HAS, Recommandation professionnelles : Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée, Avril 2008, p7, 9, source : <http://www.has-sante.fr>

HAS, Recommandation de bonne pratique : Indications de la césarienne programmée à terme, Méthode Recommandations pour la pratique clinique, Janvier 2012, p7, source : <http://www.has-sante.fr>

Hocquet-Berg S. Py B. La responsabilité du médecin, Editions Heures de France, Collection droit professionnel, 2006, 175p : p 21

Hoerni B. La Loi du 30 novembre 1892, Histoire des sciences médicales - T O M E XXXII - N° 1 – 1998, p : 65

Knibiehler Y, Histoire des mères et de la maternité en occident, Paris, Ed PUF, 2000, 127p : p19, 40

La machine de Madame Du Coudray, ou l'art des accouchements au XVIII siècle, Ed Point de vues, musée Flaubert et d'histoire de la médecine, Rouen, 2004, 60p

Lambert-Faivre Y. Porchy-Simon S. Droit du dommage corporel-Systèmes d'indemnisation, Editions Dalloz, 6^{ème} édition, 2009, 1056 p : p 748-749, 751-767

Leroy F, Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Bruxelles, Ed De Boeck Université, 2002, 456p : p 41, 39, 59, 71, 77, 87-88, 95, 96, 109, 170, 195,

Lyonnais E, Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge de la mortalité maternelle entre 1870 et 1914, Mémoire pour obtenir le Diplôme d'état de sage-femme, Université Paris Descartes, Ecole de sages-femmes Baudelocque, Avril 2011, 82p

Markus J.P. Les juridictions ordinaires, Ed : L.G.D.J, Collection : Systèmes, 184 pages - Parution : 09/2003

Merger-Pelier M. Dibie-Krajman D. Manuel juridique de la sage-femme. La sage-femme face à la loi, Editions Les Etudes Hospitalières, Collection Pratiques Professionnelles, 1^{ère} édition, 2008, 215 p. : p 46, 59, 71, 82-86, 98

Morel MF, Naître en France du XVII au XX^{ème} siècles, Contact Santé n°230 /Année 2010 "Autour de la naissance. Il était une fois... une histoire d'orées...", p.47-49

Penneau J. La responsabilité du médecin, Editions Dalloz, Collection Connaissance du droit, 3^{ème} édition, 2004, 150 p. : p 17

Revue générale de clinique et de thérapeutique: Journal des praticiens, 1890, p 679

Sage-Pranchère N, L'école des sages-femmes, Les enjeux sociaux de la formation obstétricale en France 1786-1916, Thèse d'histoire contemporaine, Université Paris Sorbonne, 2011 : p 43

Seguy B. Prévenir le risque juridique en obstétrique. Cas réels-Bonnes pratiques, Editions Masson, Collection de périnatalité, 2006, 305 p : 5, 44-45, 46

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

Soutoul J.H. Seguin C. Gibault C. La sage-femme face aux juges, Editions Ellipse, Collection Les professions de santé face à la justice, 1996, 190 p : p 43, 155

Surreau C. Fallait-il tuer l'enfant Foucault ? Editions Stock, Paris, 390 p

Verdon J, Les femmes en l'An Mille, Ed Librairie académique Perrin, 1999, 353p : p 94, 96, 127

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

Textes législatifs et réglementaires

Loi du 2-17 mars 1791 (décret d'Allarde) : source : <http://www.lexinter.net>

Loi des 14-17 juin 1791 (loi Le Chapelier) : source : <http://www.lexinter.net>

Loi du 05 Août 1916 parue au journal officiel le 06 Août 1916, source : <http://www.gallica.bnf.fr>

Décret du 9 Janvier 1917, Arrêtés des 11 Janvier et 24 Juillet 1917 fixant le programme des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme

Arrêté ministériel du 14 Juin 1944 fixant le programme d'enseignements théoriques et pratiques et l'organisation des stages en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, Journal Officiel du 27 Juin 1944

Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme JORF du 28 septembre 1945 page 6083

Décret n° 49-1351 du 30 septembre 1949 : De déontologie des sages-femmes en application de l'art. 66 de l'ordonnance 45-2184 du 24-09-1945 JORF du 5 octobre 1949 page 9955

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

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

Arrêté ministériel du 23 Mai 1973 fixant le programme des études de sages-femmes, Journal Officiel du 27 Mai 1973

82/43/CEE: Décision de la Commission, du 9 décembre 1981, relative à la création d'un comité consultatif de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes Journal officiel n° L 020 du 28/01/1982 p. 0035 – 0037, source : <http://eur-lex.europa.eu>

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. Dernière modification : 1 Janvier 2013

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



Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale. Version consolidée au 19 décembre 2012

Arrêté interministériel du 27 Décembre 1985 fixant le programme des études de sages-femmes, Journal Officiel du 21 Janvier 1986

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Dernière modification : 19 décembre 2012

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

Décret n°89-611 du 1 septembre 1989 portant statut particulier des sages-femmes de la fonction publique hospitalière NOR: SPSH8901731D. Dernière modification : 18 octobre 2012

Décret n°91-779 du 8 août 1991 portant code de déontologie des sages-femmes NOR: SANP9101297D JORF n°189 du 14 août 1991 page 10765

Décret n°92-855 du 28 août 1992 portant statut particulier du cadre d'emplois des sages-femmes territoriales NOR: INTB9200367D Version consolidée au 01 juillet 2008

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

Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique NOR: MESH9822606D JORF n°235 du 10 octobre 1998 page 15344

Arrêté ministériel du 11 Décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes, Journal Officiel du 19 Décembre 2001

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF du 18 janvier 2002 page 1008, NOR: MESX0000077L

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002, page 4118, texte n° 1. NOR: MESX0100092L

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

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 JORF n°183 du 8 août 2004 page 14150 texte n° 5

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique NOR: SANX0300055L, JORF n°185 du 11 août 2004 page 14277 texte n° 4

Arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer, JORF n°78 du 3 avril 2005 page 6061 texte n° 12, NOR: SANP0521016A

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

Décret n° 2006-1268 du 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) NOR: SANP0622920D JORF n°242 du 18 octobre 2006 page 15444

Décret no 2007-434 du 25 mars 2007 relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire des conseils de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) NOR : SANP0720738D

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) NOR: SASX0822640L JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184
texte n° 1

Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, JORF n°0266 du 17 novembre 2009 page 19838

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

Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, NOR ESRS1119920A, JO du 10/08/2011 texte : 0184;27 pages 13714/13715

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

Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé NOR: ETSX1119227L

Arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes libérales NOR: ETSS1206647A JORF n°0063 du 14 mars 2012 page 4651 texte n° 24

Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes NOR: AFSH1207454D JORF n°0166 du 19 juillet 2012 page 11837 texte n° 12

Décret n° 2012-885 du 17 juillet 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les sages-femmes concourent aux activités d'assistance médicale à la procréation NOR: AFSH1226287D JORF n°0166 du 19 juillet 2012 page 11840 texte n° 16

Arrêté du 21 décembre 2012 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études de sage-femme à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2012-2013, NOR: AFSH1243406A

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

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

Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme, NOR ESR1301419A, JO du 28/03/2013 texte : 0074;32 pages 5288/5290

IDCC 29 Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951. Hospitalisation privée : établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (FEHAP), Brochure n° 3198, source : <http://www.legifrance.fr>

IDCC 2264, Convention collective nationale de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002, Hospitalisation privée, Brochure n° 3307 source : <http://www.legifrance.fr>

Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) Restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 consultable sur le site : <http://www.ameli.fr>

Arrêts

Tribunal des conflits - 30 juillet 1873 - Pelletier - 1er suppl - Rec. Lebon p. 117

Cour de cassation chambre criminelle Audience publique du mardi 13 décembre 1983 N° de pourvoi: 80-93708 Publié au bulletin

Cour de cassation Assemblée plénière Audience publique du jeudi 19 mai 1988 N° de pourvoi: 87-82654 Publié au bulletin

Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du lundi 30 octobre 1995 N° de pourvoi: 93-20544 93-20579 93-20786 Publié au bulletin

Cour de cassation Assemblée plénière Audience publique du vendredi 25 février 2000 N° de pourvoi: 97-17378 97-20152 Publié au bulletin

Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du mercredi 13 novembre 2002 N° de pourvoi: 00-22432 Publié au bulletin

Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du mardi 9 novembre 2004 N° de pourvoi: 01-17168 Publié au bulletin

Cour de cassation chambre criminelle Audience publique du mardi 13 février 2007 N° de pourvoi: 06-82264, Bulletin criminel 2007 N° 45 p. 265

Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du jeudi 25 juin 2009 N° de pourvoi: 08-15560 Non publié au bulletin

Sites internet : Consultés entre janvier 2013 et Mai 2013

<http://www.ameli.fr>

<http://www.courdecassation.fr>

<http://www.cngof.fr>

<http://www.conseil-etat.fr>

<http://www.drees.sante.gouv.fr>

<http://europa.eu>

<http://www.gallica.bnf.fr>

<http://www.has-sante.fr>

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.lexinter.net>

<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

<http://sdc-univ-lyon3.fr>

ANNEXES

Annexe I : Extrait du traité « *Des maladies des femmes* » de Soranos d'éphèse (50 ap JC)

« D'une manière générale, nous dirons qu'une sage-femme est sans reproche si elle s'acquitte de ses devoirs médicaux, tandis que nous l'appellerons une excellente sage-femme si, allant plus loin dans la façon de s'occuper de ses cas, elle est versée dans le domaine théorique, et nous la considérerons particulièrement comme telle si elle possède des connaissances dans tous les domaines de la thérapeutique. Elle devra se montrer calme, ne pas s'effrayer du danger et rester capable d'établir une base logique pour ses actions. Elle rassurera ses patientes et cherchera à se rendre sympathique. Elle devra se montrer disciplinée et toujours sobre, car elle ne pourra pas prévoir le moment où elle sera appelée à aider celles qui sont en danger. Elle devra se montrer libre de toute superstition, de manière à ne pas négliger certaines mesures salutaires simplement sur la base d'un rêve, de quelque rite traditionnel ou de superstitions vulgaires »

Source : Leroy F, Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé, Bruxelles, Ed De Boeck Université, 2002, 456p : p 77-78

Annexe II : Loi du 19 ventôse an XI

Titre V : De l'instruction et de la réception des sages-femmes :

Article 30 : Outre l'instruction donnée dans les écoles de médecine, il sera établi, dans l'hospice le plus fréquenté de chaque département un cours annuel et gratuit d'accouchement, théorique et pratique, destiné particulièrement à l'instruction des sages-femmes.

Article 31 : Les sages-femmes devront avoir subi au moins deux de ces cours et vu pratiquer pendant neuf mois, ou pratiquer elles-mêmes les accouchements pendant six mois dans un hospice, ou sous la surveillance d'un professeur, avant de se présenter à l'examen.

Article 32 : Elles seront examinées par les jurys, sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre, et sur les moyens d'y remédier. Lorsqu'elles auront satisfait à leur examen, on leur délivrera gratuitement un diplôme dont la forme sera déterminée par le règlement prescrit par les articles 9 et 20 de la présente loi.

Article 33 : Les sages-femmes ne pourront employer les instruments, dans les cas d'accouchement laborieux, sans appeler un docteur, un médecin ou un chirurgien anciennement reçu.

Article 34 : Les sages-femmes feront enregistrer leur diplôme au tribunal de première instance et à la sous-préfecture de l'arrondissement où elles s'établiront et où elles auront été reçues.

Les listes des sages-femmes reçues pour chaque département sera dressée dans les tribunaux de première instance et par les préfets, suivant les formes indiquées aux articles 25, et 26 de la présente loi.

Titre VI : Dispositions pénales :

Article 35 : Six mois après la publication de la présente loi, tout individu qui continuerait d'exercer la médecine ou la chirurgie, ou de pratiquer l'art des accouchements sans être sur les listes dont il est parlé aux articles 25,26 et 34, et sans avoir de diplôme, sera poursuivi et condamné à une amende pécuniaire envers les hospices.

Article 36 : Ce délit sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du commissaire du Gouvernement près ces tribunaux.

L'amende pourra être portée jusqu'à 1,000 francs pour ceux qui prendraient le titre ou exerceraient la profession de docteur ; _ à 500 francs pour ceux qui se qualifieraient d'officiers de santé et verraient des malades en cette qualité ; _ à 100 francs pour les femmes qui pratiqueraient illicitement l'art des accouchements.

L'amende sera double en cas de récidive et les délinquants pourront en outre être condamnés à une peine de prison qui n'excédera pas six mois.

Annexe III : Loi du 22 novembre 1892

Loi votée le 22 novembre 1892, promulguée le 30 novembre et parue au journal officiel le 1 décembre : Extraits

Article 3 : Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1^{ère} ou de 2^e classe délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de Médecine, une École de plein exercice ou une École préparatoire de Médecine ou de Pharmacie de l'État.

Un arrêté pris après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions de scolarité et le programme applicable aux élèves sages-femmes.

Les sages-femmes de 1^{re} et de 2^e classe continueront à exercer leur profession dans les conditions antérieures.

Article 4 : Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchements laborieux elles feront appeler un médecin ou un officier de santé. Il leur est également interdit de prescrire des médicaments sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de Médecine. Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations antivarioliques.

Annexe IV : Droits de prescription des sages-femmes 1952-1959

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

Droit de prescriptions pour les sages-femmes.

Le ministre de la santé publique et de la population,

Vu l'ordonnance n° 45-2181 du 21 septembre 1945, modifiée, réglementant l'exercice de la profession de sage-femme, notamment son article 4, 3° alinéa;

Vu l'avis de l'Académie de médecine en date du 29 janvier 1952,

Arrête :

Art. 1^{er}. — Outre les préparations, à base de substances vénéneuses, énoncées dans l'arrêté du 18 juin 1952, les sages-femmes sont autorisées à prescrire, pour leur propre usage ou celui de leurs clientes, les produits suivants :

Solution de sel de sodium de l'hydroxymercure di bromo fluorescéine à 1 p. 100;

Solution aqueuse de camphosulfonate de sodium à 10 p. 100 en ampoules de 2 cm³;

Teinture d'iode du Codex dédoublée avec de l'alcool à 90°, dans la limite de 60 cm³ par ordonnance;

Alcool à 90°, dans la limite de 250 g par ordonnance;

Pommade à l'oxyde de zinc à base de vaseline lanoline à 45 g, oxyde de zinc, 3 à 5 g;

Liqueur de Labarraque;

Tous laxatifs habituellement délivrés au public sans prescription médicale;

Tous objets de pansement habituellement employés par elles dans l'exercice de leur profession (cotons hydrophile et cardé, gaze et bandes à pansement) gants de caoutchouc, canules vaginales et rectales.

Art. 2. — Le directeur de l'hygiène publique et des hôpitaux est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 août 1952.

Pour le ministre et par délégation:
Le directeur du cabinet,
JEAN LE VERTY.

Modification de l'arrêté du 7 août 1952 fixant les produits et les articles que les sages-femmes sont autorisées à prescrire.

Le ministre de la santé publique et de la population,

Vu le livre IV, titre 1^{er}, chapitre 1^{er}, du code de la santé publique, et notamment son article L. 370;

Vu l'arrêté du 7 août 1952 réglementant le droit de prescription des sages-femmes;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 17 février 1959,

Arrête :

Art. 1^{er}. — Le dernier paragraphe de l'article 1^{er} de l'arrêté du 7 août 1952 susvisé est modifié comme suit :

« Tous objets de pansement habituellement employés par elles dans l'exercice de leur profession (coton hydrophile et cardé, gaze et bandes à pansements), ceintures de grossesse, gants de caoutchouc, canules vaginales et rectales ».

Art. 2. — Le directeur général de la santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 26 mars 1959.

Pour le ministre :

Pour le directeur général de la santé publique:
D^r BIANQUIS.

Source : <http://legifrance.gouv.fr>, consulté le 8 avril 2013

Annexe V : Liste des vaccinations

ARRETE

Arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer

NOR: SANP0521016A

Version consolidée au 8 avril 2013

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille,
Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4151-1 et L. 4151-2,
Arrête :

Article 1 Modifié par Arrêté du 10 janvier 2011 - art. 1

Dans le cadre de l'exercice de leurs compétences, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer chez les femmes les vaccinations suivantes :

1. Vaccinations contre la rubéole, la rougeole et les oreillons ;
2. Vaccination contre le tétanos ;
3. Vaccination contre la diphtérie ;
4. Vaccination contre la poliomyélite ;
5. Vaccination contre la coqueluche par le vaccin acellulaire ;
6. Vaccination contre l'hépatite B ;
7. Vaccination contre la grippe ;
8. Vaccination contre le papillomavirus humain ;
9. Vaccination contre le méningocoque C.

Pour réaliser ces vaccinations les sages-femmes utilisent des vaccins monovalents ou associés.

Article 2

Dans le cadre de l'exercice de leurs compétences, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer chez les nouveau-nés les vaccinations suivantes :

1. Vaccination par le BCG ;
2. Vaccination contre l'hépatite B en association avec des immunoglobulines spécifiques anti-HBs chez le nouveau-né de mère porteuse de l'antigène anti-HBs.

Article 3

La pratique des vaccinations mentionnées aux articles 1er et 2 s'appuie sur les recommandations du calendrier vaccinal visé à l'article L. 3111-1 du code de la santé publique et tient compte des contre-indications éventuelles des vaccins.

Article 4

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

Fait à Paris, le 22 mars 2005.

Philippe Douste-Blazy

Annexe VI : Liste des dispositifs médicaux

ARRETE

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

NOR: SANS0622672A

Version consolidée au 8 avril 2013

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 4151-4,

Arrêtent :

Article 1 Modifié par Arrêté du 12 octobre 2011 - art. 1

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

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

Article 2

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

Fait à Paris, le 27 juin 2006.

Le ministre de la santé et des solidarités,
Xavier Bertrand

Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,
Philippe Bas



Annexe VII : Liste des médicaments

JORF n°0037 du 13 février 2013

Texte n°5

ARRETE

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

NOR: AFSH1303324A

La ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 4151-4 ;
Vu l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires ;
Vu l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en date du 9 janvier 2013,
Arrête :

Article 1

Les annexes I, II et III de l'arrêté du 12 octobre 2011 susvisé sont remplacées par les annexes du présent arrêté.

Article 2

Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté et de ses annexes, qui seront publiés au Journal officiel de la République française.

Annexe

A N N E X E S

A N N E X E I

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

I. — En primo-prescription :

1° Antiacides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux ;

2° Anti sécrétoires 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, trichomonocides, 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 ;
- 11° Anti-inflammatoires non stéroïdiens en post-partum immédiat ;
- 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, affections liées au papillomavirus humain, infections invasives par le méningocoque C ;
- 26° Immunoglobulines anti-D ;
- 27° Produits de substitution nicotinique ;
- 28° Salbutamol par voies orale et rectale.

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 II

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.

A N N E X E I I I

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

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

Fait le 4 février 2013.

Pour la ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur général de l'offre de soins :

Le sous-directeur des ressources humaines du système de santé,

R. Le Moign

Annexe VIII : Code de déontologie des sages-femmes
(Version consolidée le 19 juillet 2012)

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

Article R4127-301

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

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

Article R4127-302

La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.

Il est de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé.

Article R4127-303

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

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

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

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

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

Article R4127-304

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

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

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

Article R4127-305

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

Article R4127-306

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

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

Article R4127-307

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

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

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

Article R4127-308

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

La sage-femme doit éviter dans ses écrits et par ses propos toute atteinte à l'honneur de la profession ou toute publicité intéressant un tiers, un produit ou une firme quelconque et, d'une manière générale, tout ce qui est incompatible avec la dignité individuelle et professionnelle d'une sage-femme.

Elle doit également s'abstenir de fournir, même indirectement, tous renseignements susceptibles d'être utilisés aux fins ci-dessus.

Lorsque la sage-femme participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, elle doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Elle doit se garder à cette occasion de toute attitude publicitaire soit personnelle, soit en faveur des organismes où elle exerce ou auxquels elle prête son concours, soit en faveur d'une cause qui ne soit pas d'intérêt général.

Une sage-femme n'a pas le droit d'utiliser un pseudonyme pour l'exercice de sa profession ; si elle s'en sert pour des activités se rattachant à sa profession, elle est tenue d'en faire la déclaration au conseil départemental de l'ordre.

Article R4127-309

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

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

Article R4127-310

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

La profession de sage-femme ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

Sont interdits les procédés directs ou indirects de publicité et, notamment, tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale.

Ne constitue pas une publicité au sens de cet article, la diffusion directe ou indirecte, notamment sur un site internet, de données informatives et objectives, qui, soit présentent un caractère éducatif ou sanitaire, soit figurent parmi les mentions légales autorisées ou prescrites par les articles R. 4127-339 à R. 4127-341, soit sont relatives aux conditions d'accès au lieu d'exercice ou aux contacts possibles en cas d'urgence ou d'absence du professionnel. Cette diffusion d'information fait préalablement l'objet d'une communication au conseil départemental de l'ordre.

Le conseil national de l'ordre émet, dans ce domaine, des recommandations de bonnes pratiques et veille au respect des principes déontologiques.

Article R4127-311

Il est interdit aux sages-femmes de distribuer à des fins lucratives des remèdes, appareils ou tous autres produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé. Il leur est interdit de délivrer des médicaments non autorisés.

Article R4127-312

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

Article R4127-313

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

Article R4127-314

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

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

Article R4127-315

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

Article R4127-316

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

Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un enfant mineur ou d'une femme qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, elle doit, sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Article R4127-317

Une sage-femme sollicitée ou requise pour examiner une personne privée de liberté doit informer l'autorité judiciaire lorsqu'elle constate que cette personne ne reçoit pas les soins justifiés par son état ou a subi des sévices ou de mauvais traitements.

Article R4127-318

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

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

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

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

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

- a) L'échographie gynéco-obstétricale ;
- b) L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- c) L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- d) La délivrance artificielle et la révision utérine ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;
- e) La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- f) Le dépistage des troubles neurosensoriels 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 locorégionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. La première injection doit être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. La sage-femme peut, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif.

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

Article R4127-319

Sont interdits à la sage-femme :

- 1° Tout acte de nature à procurer à une patiente un avantage matériel injustifié ou illicite
- 2° Toute ristourne en argent ou en nature faite à une patiente ;
- 3° Toute commission à quelque personne que ce soit ;
- 4° L'acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque, et notamment pour un examen, la prescription de médicaments ou appareils, ou l'orientation vers un établissement de soins ;
- 5° Tout versement ou acceptation clandestins d'argent entre praticiens.

Article R4127-320

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

Article R4127-321

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

Tout compérage entre sages-femmes et médecins, pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes, même étrangères à la médecine, est interdit.

On entend par compérage l'intelligence entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment de la patiente ou de tiers.

Il est interdit à une sage-femme de donner des consultations dans des locaux commerciaux, sauf dérogation accordée par le conseil départemental de l'ordre, ainsi que dans tout local où sont mis en vente des médicaments, des produits ou des appareils que cette sage-femme prescrit ou utilise et dans les dépendances desdits locaux.

Article R4127-322

Toute sage-femme doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.

Une sage-femme ne peut exercer une autre activité que si un tel cumul est compatible avec la dignité professionnelle ou n'est pas interdit par la réglementation en vigueur.

Il est interdit à la sage-femme d'exercer une autre profession qui lui permette de retirer un profit de ses prescriptions ou de conseils ayant un caractère professionnel.

Article R4127-323

Il est interdit à toute sage-femme qui remplit un mandat politique ou électif ou une fonction administrative d'en user à des fins professionnelles pour accroître sa clientèle.

Article R4127-324

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

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

Sous-section 2 : Devoirs envers les patientes et les nouveau-nés.**Article R4127-325**

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

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

Article R4127-326

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

Article R4127-327

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

Article R4127-328

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

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

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

Article R4127-329

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

Article R4127-330

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

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

Article R4127-331

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7 et pour des raisons légitimes que la sage-femme apprécie en conscience, une patiente peut être laissée dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave la concernant.

Un pronostic fatal ne doit être révélé à la patiente qu'avec la plus grande circonspection, mais la famille doit généralement en être prévenue, à moins que la patiente n'ait préalablement interdit toute révélation sur son état de santé ou désigné les tiers auxquels cette révélation doit être faite.

Article R4127-332

(Abrogé par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012)

Article R4127-333

L'exercice de la profession de sage-femme comporte normalement l'établissement par la sage-femme, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Les prescriptions, certificats, attestations ou documents doivent être rédigés en langue française, permettre l'identification de la sage-femme et comporter sa signature manuscrite. Une traduction dans la langue de la patiente peut être remise à celle-ci.

Article R4127-334

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

Article R4127-335

Il est interdit à une sage-femme d'établir un rapport tendancieux ou de délivrer un certificat de complaisance.

Article R4127-336

La sage-femme doit s'efforcer de faciliter l'obtention par sa patiente des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit sans céder à aucune demande abusive.

Article R4127-337

Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits. La sage-femme doit s'opposer à toute signature par un autre praticien des actes effectués par elle-même.

Article R4127-338

La sage-femme ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille.

Sous-section 3 : Règles particulières aux différentes formes d'exercice

Paragraphe 1 : Exercice libéral.

Article R4127-339

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

Les seules indications qu'une sage-femme est autorisée à mentionner dans un annuaire ou sur ses imprimés professionnels tels que ses feuilles d'ordonnances et notes d'honoraires sont :

- 1° Ses nom, prénoms et adresse professionnelle, ses numéros de téléphone et de télécopie, l'adresse de sa messagerie internet et de son site internet personnel, ses jours et heures de consultation ;
- 2° Le titre de formation lui permettant d'exercer sa profession ainsi que le nom de l'établissement où elle l'a obtenu
- 3° Les autres titres de formation et fonctions dans les conditions autorisées par le conseil national de l'ordre ;
- 4° Ses distinctions honorifiques reconnues par la République française ;
- 5° Si la sage-femme exerce en association ou en société, les noms des sages-femmes associées et l'indication du type de société ;
- 6° Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ;
- 7° Son numéro d'identification ;
- 8° Les numéros de compte bancaire ;
- 9° S'il y a lieu, son appartenance à une association de gestion agréée.

Article R4127-340

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

Les seules indications qu'une sage-femme est autorisée à faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice sont ses nom, prénoms, numéro de téléphone, jours et heures de consultation, situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ainsi que ses titres de formation, et fonctions mentionnés aux 2° et 3° de l'article précédent.

Lorsque la disposition des lieux l'impose, des informations complémentaires relatives à la localisation du lieu d'exercice peuvent figurer sur la plaque ; une signalisation intermédiaire peut également être prévue dans cette hypothèse. Celles-ci doivent être préalablement soumises pour avis au conseil départemental de l'ordre.

Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession. Lors de son installation ou d'une modification de son exercice, la sage-femme peut faire paraître dans la presse une annonce sans caractère publicitaire dont le texte et les modalités de publication doivent être préalablement communiqués au conseil départemental de l'ordre.

Article R4127-341

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

Les honoraires des sages-femmes doivent être déterminés en tenant compte de la réglementation en vigueur, de la nature des soins donnés et, éventuellement, des circonstances particulières. Ils doivent être fixés, après entente entre la sage-femme et sa patiente, avec tact et mesure.

Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. L'avis ou le conseil dispensé à une patiente par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire. La sage-femme doit afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'elle facture.

Une sage-femme n'est jamais en droit de refuser des explications sur sa note d'honoraires. Aucun mode de règlement ne peut être imposé à la patiente.

Lorsque des sages-femmes collaborent entre elles ou avec des médecins à un examen ou un traitement, leurs notes d'honoraires doivent être personnelles et distinctes.

Article R4127-342

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

Une sage-femme qui remplace une de ses collègues pendant une période supérieure à trois mois ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où elle puisse entrer en concurrence directe avec la sage-femme qu'elle a remplacée et, éventuellement, avec les sages-femmes exerçant en association avec celle-ci, à moins qu'il n'y ait entre les intéressées un accord, lequel doit être notifié au conseil départemental. Lorsqu'un tel accord n'a pu être obtenu, l'affaire peut être soumise au conseil départemental.

La sage-femme remplacée ne doit pas pratiquer des actes réservés à sa profession et donnant lieu à rémunération pendant la durée du remplacement.

Article R4127-343

Il est interdit à une sage-femme d'employer pour son compte dans l'exercice de sa profession une autre sage-femme ou une étudiante sage-femme. Toutefois, la sage-femme peut être assistée par une autre sage-femme dans des circonstances exceptionnelles, notamment en cas d'afflux considérable de population ; dans cette éventualité, l'autorisation fait l'objet d'une décision individuelle du conseil départemental de l'ordre. Le silence gardé par le conseil départemental vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande.

Article R4127-344

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

Il est interdit à une sage-femme de faire gérer son cabinet par une autre sage-femme.

Toutefois, en cas de décès d'une sage-femme, le conseil départemental peut autoriser, pendant une période de trois mois, éventuellement renouvelable une fois, la tenue de son cabinet par une autre sage-femme.

Article R4127-345

Les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de la profession de sage-femme doivent être conclus par écrit.

Toute association ou société entre sages-femmes en vue de l'exercice de la profession doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance de chacune d'elles.

Les contrats et avenants doivent être communiqués, conformément aux dispositions de l'article L. 4113-9, au conseil départemental de l'ordre dont elles relèvent, qui vérifie leur conformité avec les principes du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis par le conseil national.

Le conseil départemental de l'ordre peut, s'il le juge utile, transmettre pour avis les contrats ou avenants au conseil national.

La sage-femme doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle elle affirme sur l'honneur qu'elle n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat ou à l'avenant soumis à l'examen du conseil.

Article R4127-346

Le lieu habituel d'exercice de sa profession par une sage-femme est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle elle est inscrite sur le tableau du conseil départemental de l'ordre, conformément à l'article L. 4112-1.

Dans l'intérêt des patientes et des nouveau-nés, une sage-femme peut toutefois exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle :

- lorsqu'il existe, dans le secteur géographique considéré, une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patientes et des nouveau-nés ;

- ou lorsque les investigations et les soins qu'elle entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.

La sage-femme doit prendre toutes dispositions et en justifier pour que soient assurées, sur tous ces sites d'exercice, la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

La demande d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée. Elle doit être accompagnée de toutes les informations utiles sur les conditions d'exercice. Si ces informations sont insuffisantes, le conseil départemental doit demander des précisions complémentaires.

Le conseil départemental au tableau duquel la sage-femme est inscrite est informé de la demande d'ouverture lorsque celle-ci concerne un site situé dans un autre département.

Le silence gardé par le conseil départemental sollicité vaut autorisation implicite à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date de réception de la demande ou de la réponse au complément d'information demandé.

L'autorisation est personnelle et incessible. Il peut y être mis fin si les conditions fixées aux alinéas précédents ne sont plus réunies.

Article R4127-347

Une sage-femme ne doit pas s'installer dans un immeuble où exerce une autre sage-femme sans l'accord de celle-ci ou, à défaut, sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre. Cette autorisation ne peut être refusée que pour des motifs tirés d'un risque de confusion pour le public.

Le silence gardé par le conseil départemental vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

Article R4127-347-1

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

Dans les cabinets regroupant plusieurs praticiens exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique, l'exercice de la profession de sage-femme doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle. Le libre choix de la sage-femme par la patiente doit être respecté.

La sage-femme peut utiliser des documents à en-tête commun de l'association ou de la société d'exercice dont elle est membre. La signataire doit être identifiable et son adresse mentionnée.

Dans les associations de sages-femmes et les cabinets de groupe, toute pratique de compérage ou tout versement, acceptation ou partage de sommes d'argent entre praticiens est interdit, sous réserve des dispositions particulières relatives à l'exercice en société.

Paragraphe 2 : Exercice salarié.

Article R4127-348

Le fait pour une sage-femme d'être liée dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels, et en particulier à ses obligations concernant l'indépendance de ses décisions et le respect du secret professionnel. En aucune circonstance la sage-femme ne peut accepter de la part de son employeur de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où elle exerce, elle doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patients et des nouveau-nés.

Article R4127-349

L'exercice de la profession de sage-femme sous quelque forme que ce soit au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant du droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Tout projet de contrat peut être communiqué au conseil départemental qui doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Tout contrat, renouvellement de contrat ou avenant avec un des organismes prévus au premier alinéa doit être communiqué au conseil départemental intéressé. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses des contrats types établis soit par un accord entre le conseil national et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément aux dispositions législatives ou réglementaires.

La sage-femme doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle elle affirme sur l'honneur qu'elle n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat, à son renouvellement, ou à un avenant soumis à l'examen du conseil.

Article R4127-350

Toute sage-femme liée à son employeur par convention ou contrat ne doit en aucun cas profiter de ses fonctions pour augmenter sa clientèle personnelle.

Paragraphe 3 : Exercice de la profession en qualité d'expert.

Article R4127-351

La sage-femme expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer de sa mission la patiente qu'elle doit examiner.

Article R4127-352

Nul ne peut être à la fois sage-femme expert et sage-femme traitante pour une même patiente.

En cas d'expertise judiciaire ou dans les autres cas, sauf accord des parties, une sage-femme ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu les intérêts d'une de ses patientes, d'un de ses amis, d'un de ses proches ou d'un groupement qui fait appel à ses services. Il en est de même lorsque ses propres intérêts sont en jeu.

Article R4127-353

Lorsqu'elle est investie de sa mission, la sage-femme doit se récuser si elle estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à l'exercice de la profession de sage-femme.

Dans la rédaction de son rapport, la sage-femme expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir la réponse aux questions posées dans la décision qui l'a nommée.

Hors de ces limites, la sage-femme expert doit taire ce qu'elle a pu apprendre à l'occasion de sa mission.

Sous-section 4 : Devoirs de confraternité.

Article R4127-354

Les sages-femmes doivent entretenir entre elles des rapports de bonne confraternité.

Elles se doivent une assistance morale.

Une sage-femme qui a un dissentiment avec une autre sage-femme doit chercher la conciliation au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental.

Il est interdit à une sage-femme d'en calomnier une autre, de médire d'elle ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

Il est de bonne confraternité de prendre la défense d'une sage-femme injustement attaquée.

Article R4127-355

Le détournement et la tentative de détournement de clientèle sont interdits.

Il est interdit à toute sage-femme d'abaisser ses honoraires dans un but de concurrence.

Elle reste libre de donner ses soins gratuitement.

Article R4127-356

Lorsqu'une sage-femme est appelée auprès d'une patiente suivie par une autre sage-femme, elle doit respecter les règles suivantes :

1° Si la patiente entend renoncer aux soins de la première sage-femme, elle s'assure de sa volonté expresse, lui donne les soins nécessaires ;

2° Si la patiente a simplement voulu demander un avis sans changer de sage-femme pour autant, elle lui propose une consultation en commun ; si la patiente refuse, elle lui donne son avis et, le cas échéant, lui apporte les soins d'urgence nécessaires ; en accord avec la patiente, elle en informe la sage-femme traitante ;

3° Si la patiente, en raison de l'absence de la sage-femme habituelle, a appelé une autre sage-femme, celle-ci doit assurer les examens et les soins pendant cette absence, les cesser dès le retour de la sage-femme habituelle et donner à cette dernière, en accord avec la patiente, toutes informations utiles à la poursuite des soins ;

4° Si la sage-femme a été envoyée auprès de la patiente par une autre sage-femme momentanément empêchée, elle ne peut en aucun cas considérer la patiente comme sa cliente.

Dans les cas prévus aux 2° et 3°, en cas de refus de la patiente, la sage-femme doit l'informer des conséquences que peut entraîner ce refus.

La sage-femme appelée doit s'abstenir de réflexions désobligeantes et de toute critique concernant les soins donnés précédemment.

Article R4127-357

Une sage-femme ne peut se faire remplacer dans son exercice que temporairement et par une sage-femme inscrite au tableau de l'ordre ou par un étudiant sage-femme remplissant les conditions prévues par l'article L. 4151-6.

La sage-femme qui se fait remplacer doit en informer préalablement, sauf urgence, le conseil de l'ordre dont elle relève en indiquant les nom et qualité du remplaçant ainsi que les dates et la durée du remplacement.

Article R4127-358

Sa mission terminée et la continuité des soins étant assurée, le remplaçant doit se retirer en abandonnant l'ensemble de ses activités provisoires

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

Article R4127-359

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

Article R4127-360

(Article abrogé par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012)

Article R4127-361

Dès que les circonstances l'exigent, la sage-femme doit proposer la consultation d'un médecin. Elle doit accepter toute consultation d'un médecin demandée par la patiente ou son entourage. Dans l'un et l'autre cas, elle peut proposer le nom d'un médecin mais doit tenir compte des désirs de la patiente et accepter, sauf raison sérieuse, la venue du médecin qui lui est proposé. Si la sage-femme ne croit pas devoir souscrire au choix exprimé par la patiente ou son entourage, elle peut se retirer lorsqu'elle estime que la continuité des soins est assurée. Elle ne doit à personne l'explication de son refus.

Article R4127-362

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

Sous-section 6 : Dispositions diverses.

Article R4127-363

Dans le cas où les sages-femmes sont interrogées au cours d'une procédure disciplinaire, elles sont tenues de révéler tous les faits utiles à l'instruction parvenus à leur connaissance dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel. Toute déclaration volontairement inexacte faite au conseil de l'ordre par une sage-femme peut donner lieu à des poursuites disciplinaires.

Article R4127-364

Toute sage-femme inscrite à un tableau de l'ordre qui exerce des activités de sage-femme dans un autre Etat membre de la Communauté européenne est tenue d'en faire la déclaration au conseil départemental au tableau duquel elle est inscrite.

Article R4127-365

Toute sage-femme, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental de l'ordre qu'elle a eu connaissance du présent code de déontologie et s'engager sous serment et par écrit à le respecter.

Article R4127-366

Toute sage-femme, qui cesse d'exercer est tenue d'en avvertir le conseil départemental. Celui-ci donne acte de sa décision et en informe le conseil national.

Article R4127-367

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

Toutes les décisions prises par l'ordre des sages-femmes en application du présent code de déontologie doivent être motivées.

Sauf dispositions contraires, les décisions prises par les conseils départementaux peuvent faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le conseil national.

Ce recours hiérarchique doit être exercé avant tout recours contentieux.

Annexe IX: Jurisprudences

Présentation du siège

Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du mardi 30 septembre 1997 N° de pourvoi: 95-17286 : accouchement voie basse le 8 janvier 1989, relèvement des bras lors de l'extraction par voie basse, enfant atteint d'une paralysie du plexus brachial gauche

Cour de cassation chambre criminelle Audience publique du mercredi 14 octobre 1998 N° de pourvoi: 97-84648 Non publié au bulletin: césarienne pour hémorragie le 25 mai 1988, rupture utérine entraînant le décès de la mère et de l'enfant

Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du mardi 9 octobre 2001 N° de pourvoi: 00-14564 Publié au bulletin : accouchement voie basse le 12 janvier 1974, relèvement des bras lors de l'extraction par voie basse, enfant atteint d'une paralysie bilatérale du plexus brachial

Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du mardi 13 décembre 2005 N° de pourvoi: 03-12364 Publié au bulletin: accouchement voie basse le 30 avril 1994, anomalies du rythme cardiaque fœtal entraînant des séquelles neurologiques.

Cour de cassation chambre criminelle Audience publique du mardi 4 octobre 2011 N° de pourvoi: 11-80195 Non publié au bulletin : accouchement voie basse le 19 février 1997, anomalies du rythme cardiaque fœtal entraînant le décès de l'enfant

Cour de cassation chambre civile 1 Audience publique du vendredi 4 mai 2012 N° de pourvoi: 11-17022 Non publié au bulletin

Cour Administrative d'Appel de Versailles 4^{ème} chambre N° 06VE00337 Inédit au recueil **Lebon** : césarienne pour anomalies du rythme cardiaque fœtal le 22 septembre 1999, séquelles physiques et neurologiques chez l'enfant

Conseil d'État N° 324927 Inédit au recueil **Lebon**, 5^{ème} et 4^{ème} sous-sections réunies : césarienne pour anomalies du rythme cardiaque fœtal le 22 septembre 1999, séquelles physiques et neurologiques chez l'enfant

Dystocie des épaules

Cour Administrative d'Appel de Marseille N° 09MA01455 Inédit au recueil **Lebon** 2^{ème} chambre - formation à 3: accouchement le 25 avril 2002, dystocie des épaules ayant entraîné une paralysie du plexus brachial- Manœuvres effectuées par la sage-femme, appel au médecin qui était dans l'impossibilité de se rendre au chevet de la parturiente

Cour Administrative d'Appel de Versailles N° 05VE00474 Inédit au recueil **Lebon** 1^{ère} Chambre : accouchement le 29 octobre 1994, dystocie des épaules ayant entraîné une paralysie du plexus brachial- Manœuvres effectuées par la sage-femme, défaut d'appel au médecin

Cour Administrative d'Appel de Versailles N° 06VE01472 Inédit au recueil **Lebon** 4^{ème} Chambre : accouchement le 17 avril 2000, dystocie des épaules ayant entraîné une paralysie du plexus brachial- Manœuvres effectuées par l'interne, défaut d'appel au médecin

La responsabilité pour faute des professionnels de santé: Spécificités de la sage-femme

L'Article L1142-1 du Code de la Santé Publique issu de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 a consacré le principe de responsabilité pour faute des professionnels de santé. La sage-femme, comme tout professionnel de santé, risque de voir sa responsabilité engagée en cas de faute. Un certain nombre de lois et de décrets encadre ses compétences qui sont limitées à la physiologie. Toutefois, son mode d'exercice singulier soulève des questions concernant l'étendue de son exercice et de sa pratique clinique.

Au cours de la pratique de son art, la sage-femme est soumise aux mêmes obligations et aux mêmes devoirs de science et de conscience que le médecin vis-à-vis de ses patientes et de leurs nouveau-nés. Cependant les particularités de son exercice sont à l'origine de fautes spécifiques à la sage-femme comme l'absence (ou le retard) à prévenir le médecin en cas de pathologie. En effet, dès lors qu'il y a une pathologie, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Cependant, il n'existe pas de définition légale de la pathologie, ce qui conduit à des difficultés d'interprétation sur l'opportunité de la réalisation de certains actes par les sages-femmes qui risquent alors de dépasser leurs compétences.

La sage-femme est une profession médicale et elle est autonome dans son champ de compétences. Mais lorsque survient la dystocie, elle devient l'auxiliaire du médecin avec lequel elle collabore dans la poursuite de la surveillance des patientes. Néanmoins, elle conserve son indépendance en toutes circonstances et peut ainsi voir sa responsabilité engagée conjointement avec celle du médecin spécialiste lorsqu'elle participe à la surveillance d'un accouchement dystocique. De plus, la sage-femme a une place parfois délicate lorsque survient la pathologie : elle a l'obligation d'appeler le médecin, tout en restant indépendante dans son champ de compétences. Elle a le devoir de suivre les directives du médecin mais doit privilégier en toutes circonstances l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patientes et de leurs nouveau-nés.