



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*Etude des pratiques des sages-femmes de  
consultation à la maternité A.Pinard*

Entre physiologie et pathologie

Mémoire présenté et soutenu par

LEGRAND Romain

Promotion 2002-2006

# REMERCIEMENTS

A Madame Poutas, Directrice de l'école de sages-femmes de Nancy et à toutes les monitrices.

A mon directeur de mémoire : Docteur Routiot, pour son aide précieuse.

Un remerciement tout particulier à Madame Belgy pour son soutien, son aide et sa compréhension.

A Madame Wagner, surveillante des consultations, et à toutes les sages-femmes de consultations pour l'intérêt consacré à mon mémoire.

A Madame Demange pour le temps et l'écoute qu'elle a accordé à mon mémoire.

A toute l'équipe des archives, en particulier Maryse, pour sa disponibilité.

A mes parents, mes deux sœurs : Alice et Charlotte, ma tante Frédérique et Manou pour leur soutien pendant ces cinq années.

Aux sages-femmes de mon ancienne promotion : Yolaine, ma meilleure amie, Marie, Sandrine, Hélène et Julie. Je m'excuse pour celles que je n'ai pas cité ( Marion, Virginie, Sabine, etc...) mais vous êtes toutes dans mon cœur.

A mes amis : Séverine qui m'a supporté pendant cinq années, mes deux Amélie, Aymeric, le Fab, Hélène et ses gâteaux anisés, Nicolas Monet , Greg, Anh thu, Kuong et Pierre, mon futur beau frère.

A S.Delot et Nico, mon ami, pour leur aide précieuse en ce qui concerne l'informatique.

A tout ceux qui m'ont soutenu pendant ces cinq années, encore merci.

# SOMMAIRE

<b>Remerciements</b> .....	<b>2</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>3</b>
<b>Préface</b> .....	<b>9</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>10</b>
<b>Partie 1</b> .....	<b>11</b>
<b>I. Rôle de la sage-femme en consultation</b> .....	<b>12</b>
A. Suivi d'une grossesse physiologique (recommandations de l'H.A.S.) .....	12
1. 1 <sup>ère</sup> consultation (avant la fin du 3 <sup>ème</sup> mois) et nouvelle consultation si besoin (avant 15 SA révolues).....	12
2. 2 <sup>ème</sup> consultation (4 <sup>ème</sup> mois).....	14
3. 3 <sup>ème</sup> consultation (5 <sup>ème</sup> mois).....	15
4. 4 <sup>ème</sup> consultation (6 <sup>ème</sup> mois).....	15
5. 5 <sup>ème</sup> consultation (7 <sup>ème</sup> mois) :.....	16
6. 6 <sup>ème</sup> consultation (8 <sup>ème</sup> mois).....	16
7. 7 <sup>ème</sup> consultation (9 <sup>e</sup> mois) .....	17
8. Examen postnatal dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement.....	18
B. Droit de prescription de la sage-femme .....	18
<b>II. La sage-femme de consultation et législation</b> .....	<b>21</b>
A. Compétences de la sage-femme en consultation prénatale .....	21
B. Devoir envers la patiente.....	22
C. La sage-femme et la pathologie .....	23
<b>III. De la physiologie à la pathologie</b> .....	<b>25</b>
A. Définition de la pathologie et par extension d'une grossesse pathologique .....	25
B. Grossesse à bas risque obstétrical .....	27
1. Critères du NICE (National Institute for Clinical Excellence) .....	27
2. Critères néerlandais.....	28
<b>Partie 2</b> .....	<b>30</b>
Après une brève description de l'unité de consultation de la maternité régionale de Nancy, nous développerons notre enquête sur les pratiques des sages-femmes en consultation. ....	30
Notre étude se compose, tout d'abord, d'entretiens avec les sages-femmes concernées afin de connaître leur ressenti et leurs opinions par rapport au sujet abordé. Ces entretiens ont également permis de définir la trame principale de notre étude de dossiers.....	30
Nous verrons, ensuite, ce qu'il en est pour l'année 2005 grâce à la banque d'information du DIM.....	30
<b>I. Présentation de l'unité de consultation de la maternité régionale de Nancy</b> .....	<b>31</b>
<b>II. Les entretiens</b> .....	<b>33</b>
A. Gestion de la pathologie par les sages-femmes.....	33
B. La transmission de la patiente .....	34

C. Les prescriptions de la sage-femme .....	35
D. En conclusion .....	35
<b>III. Etude sur l'année 2005 .....</b>	<b>37</b>
<b>IV. L'étude de dossier .....</b>	<b>40</b>
A. Activité de la sage-femme en consultation .....	40
1. Pathologies abordées par la sage-femme .....	40
2. Mode de dépistage de la pathologie .....	42
3. Incidence du traitement de la pathologie .....	42
B. Transmission de l'information à l'obstétricien .....	44
1. En cas d'antécédent pathologique .....	45
2. En cas de pathologie apparue pendant la grossesse .....	46
3. Temps de transmission .....	47
a) Pour un antécédent pathologique .....	47
b) Pour une pathologie apparue pendant la grossesse .....	47
4. Mode de transmission .....	48
a) Pour un antécédent pathologique .....	48
b) Pour une pathologie apparue pendant la grossesse .....	49
C. Suivi obstétrical après la découverte de la pathologie .....	49
1. Répartition des consultations sage-femme et obstétricien en fonction du nombre de pathologies .....	49
2. Suivi obstétrical à la découverte de la pathologie .....	50
3. Le suivi alterné : sage-femme/obstétricien .....	50
a) Pour un antécédent pathologique .....	50
b) Pour une pathologie apparue pendant la grossesse .....	51
c) Pathologies concernées par le suivi alterné .....	52
4. Pathologies concernées par un suivi exclusif de l'obstétricien .....	53
5. Pathologies suivies par la sage-femme .....	54
1. Représentation qualitative du suivi .....	55
<b>Partie 3 .....</b>	<b>56</b>
<b>I. Synthèse des trois études et Analyse des résultats .....</b>	<b>57</b>
A. Activité de la sage-femme en consultation .....	57
1. Implication de la pathologie .....	57
2. Pathologies abordées par la sage-femme en consultation .....	58
3. Mode de dépistage de la pathologie .....	58
4. Incidence de la pathologie sur le suivi obstétrical .....	59
a) Les prescriptions de la sage-femme .....	59
(1) En cas d'hypothyroïdie .....	59
(2) L'arrêt de travail .....	60
(3) En cas d'infection urinaire .....	60
b) Suivi complémentaire à domicile .....	61
B. Transmission à l'obstétricien .....	61
1. Pathologies nécessitant une transmission .....	61
2. Temps et mode transmission .....	62
B. Les différents modes de suivi obstétrical .....	63
1. Caractéristiques du suivi alterné sage femme/obstétricien .....	63
2. Pathologies nécessitant un suivi exclusif de l'obstétricien .....	64
3. Pathologies suivies uniquement par la sage-femme pour le versant obstétrical	

<b>II. réflexions autour du sujet.....</b>	<b>67</b>
A. Comparaison entre les critères néerlandais et les pratiques à la Maternité Régionale de Nancy pour les pathologies .....	67
B. Propositions.....	68
1. Tenir compte de la tendance actuelle .....	68
2. Favoriser la formation continue des sages-femmes de consultations .....	68
3. Proposer des évaluations ponctuelles des pratiques.....	69
4. Favoriser l'hyperspécialisation des médecins.....	69
<b>Conclusion.....</b>	<b>70</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>71</b>
<b>Annexe 1.....</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXE 2.....</b>	<b>79</b>
<b>Annexe 3.....</b>	<b>81</b>

Tableau 2. Critères définissant les niveaux de risque obstétrical traduits et adaptés des critères néerlandais « *Verloskundig Vademecum* ».

<b>1. Pathologie préexistante – non gynécologique</b>		
1.1	Épilepsie non traitée	A
1.2	Épilepsie traitée	B
1.3	Hémorragie sub-arachnoïdienne, anévrisme	C
1.4	Sclérose en plaques	B
1.5	Hernie discale	A/C
1.6	Pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B
1.7	Asthme	A/C
1.8	Tuberculose traitée	C
	Antécédent de tuberculose	A
1.9	Infection par le VIH	C
1.10	Hépatite B : portage antigène HBs	A
1.11	Hépatite C	B
1.12	Pathologie cardiaque avec retentissement hémodynamique	C
1.13	Thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire	B
1.14	Anomalies de la coagulation	C
1.15	Anomalies rénales (avec incidence sur la fonction rénale)	C
1.16	Hypertension artérielle	C
1.17	Diabète	C
1.18	Affections thyroïdiennes (hyper ou hypothyroïdie)	
	– hyperthyroïdie, selon la pathologie	A/C
	– hypothyroïdie, selon la pathologie	A/C
1.19	Hémoglobinopathie	B
1.20	Maladie inflammatoire digestive	C
1.21	Maladie de système et maladies rares (Addison, Cushing, LEAD, SAPL, sclérodermie, arthrite rhumatoïde, Marfan, etc.)	C
1.22	Usage de drogues dures (héroïne, méthadone, cocaïne, XTC et autres)	C
1.23	Alcoolisme	C
1.24	Maladies psychiatriques	B
<b>2. Pathologies gynécologiques préexistantes</b>		
2.1	Reconstruction pelvienne	C/A
2.2	Amputation cervicale	C
	Conisation	B
	Cryothérapie et résection à l'anse	A
2.3	Myomectomie	C/A
2.4	Cytologie cervicale anormale	B/A
2.5	DES syndrome	B
2.6	DIU en place	B
	Grossesse survenue après élimination DIU	A
2.7	Grossesse après traitement de l'infertilité	A
2.8	Anomalie pelvienne (traumatisme, disjonction symphysaire, rachitisme)	B
2.9	Excision/grave anomalie anatomique	A/B
<b>3. Antécédents obstétricaux</b>		
3.1	Incompatibilité fœto-maternelle	C
	Incompatibilité ABO	A

3.2	Hypertension gravidique au cours de la grossesse précédente (Pré)éclampsie/syndrome de HELLP au cours de la grossesse précédente	A B
3.3	Fausses couches répétées	A
3.4*	Accouchement prématuré (< 37 semaines) grossesse précédente	C
	Accouchement prématuré (< 33 semaines) grossesse précédente	A
	Accouchement prématuré (≥ 33 semaines) grossesse précédente	A
3.5	Béance cervicale et/ou cerclage, selon la pathologie	C/A
3.6	Décollement prématuré du placenta	C
3.7	Forceps ou ventouses	A
3.8*	Césarienne, selon le terme	A/C
3.9*	Dysmaturité (retard de croissance intra-utérine)	C
3.10	Asphyxie	B
3.11	Mort périnatale	B
3.12	Enfant précédent présentant une anomalie congénitale et/ou génétique	B
3.13	Hémorragie <i>post-partum</i> à la suite d'une épisiotomie	A
3.14	Hémorragie <i>post-partum</i> à la suite d'une rupture cervicale (constatée cliniquement)	D
3.15	Hémorragie <i>post-partum</i> sévère (> 1 000 cc), autres causes	D
3.16	Antécédent de délivrance artificielle, selon la pathologie	D/C
3.17	Déchirure complète (rétablissement fonctionnel/pas de rétablissement fonctionnel)	A/C
3.18	Disjonction symphysaire	A
3.19	Dépression postnatale	A
3.20	Psychose postnatale	A
3.21	Grande multipare	A
3.22	Terme dépassé	A
<b>4. Pathologie apparue/constatée pendant la grossesse</b>		
4.1	Datation incertaine en cas de grossesse à partir de 22 semaines	A/B
4.2	Anémie, Hb < 5,6 mmol/l	B
4.3	Infection urinaire pendant la grossesse	A
	Infections urinaires récurrentes pendant la grossesse	B
4.4	Pyélonéphrite	C
4.5	Toxoplasmose, diagnostic et thérapie	C
4.6	Rubéole	C
4.7	Infection à cytomégalovirus	C
4.8	Herpès génital (primo-infection)	C
	Herpès génital (récidive) selon la pathologie	A/C
	Herpès labial	A
4.9	Infection à parvovirus	C
4.10	Varicelle/zona	B
4.11	Hépatite B - portage antigène HBs	A
4.12	Hépatite virale A, B, C, D ou E	B
4.13	Tuberculose	C
4.14	Infection VIH	C
4.15	Syphilis :	
	- sérologie positive et traitée	A
	- sérologie positive pas encore traitée	B
	- primo-infection	C
4.16	Hernie discale apparue pendant la grossesse	B
4.17	Cytologie cervicale PAP III ou plus élevée	C/A
4.18	Laparotomie pendant la grossesse	B
4.19	Prise de médicaments	A/B



# PREFACE

Tout au long de mes différents stages en consultations à la Maternité Régionale de Nancy, j'ai pu constater une nette augmentation du nombre de consultations prénatales dévolues à la sage-femme et une valorisation de cet aspect de la profession.

Cette augmentation donna lieu à une diversité des cas cliniques rencontrés par les sages-femmes et une gestion de la pathologie plus fréquente.

Je me suis alors intéressé au rôle de la sage-femme dans le cadre d'une grossesse pathologique : quel est sa fonction ? Comment gère-t-elle la pathologie ? Fait-elle toujours appel à un médecin comme il est stipulé dans le code de la santé publique ?

C'est pour répondre à ces questions que j'ai décidé de réaliser ce mémoire.

# *Introduction*

Il existe actuellement une véritable ambiguïté à l'exercice de la profession de sage-femme, cette dernière étant dévolue à la prise en charge de patients définitivement en bonne santé, patients vivants un processus par essence physiologique, mais dans un contexte sociologique et médico-légal pour lequel « toute femme enceinte est potentiellement à risque ».

Les sages-femmes de consultations sont ainsi en première ligne dans la prise en charge de la grossesse, en effet c'est elles qui vont constater l'existence de la grossesse et accompagner la femme dans son devenir de future mère, processus au cours duquel se mêlent doutes et inquiétudes notamment lors de la suspicion ou l'apparition d'une pathologie.

Quelle est alors la réaction de la sage-femme ? Fait elle appel systématiquement à l'obstétricien ? Par quel moyen ? Continue-t-elle à suivre la patiente et dans quels cas ?

Nous tenterons de répondre à ces questions tout au long de ce mémoire.

Dans une première partie, nous verrons les recommandations de l'H.A.S pour le suivi d'une grossesse puis nous tenterons de définir la pathologie après avoir étudié ce qu'il en est au niveau de la législation.

Notre deuxième partie sera composée de deux études de dossiers et d'entretiens avec les sages-femmes de consultations.

Enfin notre troisième partie sera composée d'une analyse des résultats et d'une réflexion autour du sujet.

# *Partie 1*

Nous étudierons ainsi dans notre première partie le rôle pratique de la sage-femme en consultation, en rappelant le suivi d'une grossesse physiologique selon les recommandations de l'H.A.S. (Haute Autorité de Santé).

Récemment encore, lors du décret de 2005 notre droit de prescription a été remanié et étendu, il est un outil indispensable à la pratique quotidienne de la profession.

Nous verrons ensuite comment le code de déontologie de la profession et le code de la santé délimitent les compétences de la sage-femme et les limites de son exercice qui en découlent, limites parfois floues de part la terminologie et l'ambiguïté des mots employés, de même de part les nouvelles compétences confiées aux sages-femmes.

Lorsque la frontière entre physiologie et pathologie est franchie, il est nécessaire de transmettre la patiente à un obstétricien. Après avoir défini le terme de pathologie et par extension, celui de la grossesse pathologique, nous verrons s'il existe des critères pour déterminer une grossesse à risque.

# **I. ROLE DE LA SAGE-FEMME EN CONSULTATION**

## **A. Suivi d'une grossesse physiologique (recommandations de l'H.A.S.)**

À chaque consultation, il faut être à l'écoute de la femme enceinte ou du couple et leur donner l'occasion de poser des questions.

Il faut réaliser également un examen clinique avec observation de la femme, prise de la pression artérielle, mesure du poids, mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur, examen de l'état veineux des membres inférieurs, etc. Il n'y a pas d'argument pour la pratique d'un toucher vaginal systématique chez une femme asymptomatique.

Si un besoin de suivi complémentaire est nécessaire, la femme doit être orientée vers une filière de soins spécifiques.

### **1. 1<sup>ère</sup> consultation (avant la fin du 3<sup>ème</sup> mois) et nouvelle consultation si besoin (avant 15 SA révolues)**

Un constat de grossesse est établi, pour les grossesses très jeunes, d'après des signes cliniques et biologiques( HCG qualitatif).

La déclaration de grossesse sera effectuée avant quinze semaines d'aménorrhée en utilisant les documents délivrés par les caisses d'Allocation Familiales et d'Assurance Maladie.

Il est nécessaire de donner une information orale étayée par une information écrite : alimentation et mode de vie, risques infectieux alimentaires, organisation des soins au sein d'un réseau périnatalité, droits et avantages liés à la maternité, examens de dépistage, risques spécifiques liés à la consommation ou l'usage de toxiques (tabac, alcool, médicaments, drogues).

L'examen clinique doit comprendre notamment un examen des seins dans le cadre d'un dépistage du cancer du sein.

Le praticien élabore avec la femme enceinte ou le couple un projet de suivi de grossesse et de naissance et les informe sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement et la naissance, la programmation des consultations prénatales, la participation aux séances de préparation à la naissance, les dates du congé maternité, l'allaitement maternel.

Certains examens sont prescrits obligatoirement à la femme enceinte à la première consultation :

- La détermination des groupes sanguins (ABO et phénotypes rhésus complet et Kell). Si la femme ne possède pas de carte de groupe sanguin complète, deux prélèvements sont effectués.

Il faut ainsi rechercher une éventuelle incompatibilité de groupes sanguins entre la mère et l'enfant (recherche d'agglutinines irrégulières ou RAI). Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.

- Sérologie de la syphilis (TPHA-VDRL)
- Sérologie de la toxoplasmose sauf en cas de résultats écrits faisant considérer

l'immunité comme acquise

- Sérologie de la rubéole sauf en cas de résultats écrits faisant considérer l'immunité comme acquise (datant de moins d'un an : possible cas de ré-infestation)
- Glycosurie et albuminurie

Il faut également proposer systématiquement :

- Échographie obstétricale entre 11 et 13 SA + 6 jours : détermination à  $\pm 5$  jours de la date de conception et du terme théorique de la grossesse, dépistage des malformations majeures à expression précoce et des signes d'appel de malformations fœtales et d'anomalies chromosomiques.

- Marqueurs sériques pour le dépistage sanguin de la trisomie 21 associés à la mesure de la clarté nucale ; recherche de maladies génétiques chez la femme ayant des antécédents familiaux et/ou personnels
- Caryotype fœtal par amniocentèse ou choriocentèse si le taux du test sérique est élevé ( $> 1/250$ ) ou en cas de clarté nucale anormale
- Information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH et proposition d'une sérologie VIH 1 et 2

On peut proposer éventuellement :

- Dépistage de l'anémie (NFS) en cas de facteurs de risque
- Examen cytobactériologique des urines (ECBU)
- Frottis cervical de dépistage des dysplasies cervicales si date de plus de 2 à 3 ans

## **2. 2<sup>ème</sup> consultation (4<sup>ème</sup> mois)**

Un entretien individuel ou en couple doit être systématiquement proposer avec une sage-femme ou un autre professionnel de la périnatalité afin de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet ; de repérer des situations de vulnérabilité, les signes de violence domestique, et d'orienter vers un éventuel soutien spécialisé ; de leur donner des informations utiles sur les ressources de proximité ; de créer des liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés.

La participation aux séances de préparation à la naissance sera également conseillée en expliquant leurs objectifs.

Il faut rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (insécurité affective au sein du couple ou de la famille, précarité) puis orienter vers un soutien spécialisé tel que la PMI, une aide sociale ou psychologique, ou un réseau d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents.

Au 4<sup>ème</sup> mois, les examens prescrits obligatoirement à la femme enceinte sont :

- La sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation du 3<sup>e</sup> mois
- Une glycosurie et albuminurie

Il faut proposer systématiquement :

- La sérologie de la rubéole en cas de négativité du résultat à la consultation du 3<sup>ème</sup> mois (jusqu'à 18 SA)
- Une échographie obstétricale entre 20 et 22 SA : étude de l'écho-anatomie fœtale et identification d'éventuelles anomalies

### **3. 3<sup>ème</sup> consultation (5<sup>ème</sup> mois)**

On recherche des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines.

Examens prescrits obligatoirement à la femme enceinte à la consultation du 5<sup>e</sup> mois :

- Recherche d'agglutinines irrégulières si rhésus négatif
- Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat
- Glycosurie et albuminurie

Un examen cyto bactériologique des urines (ECBU) est à proposer éventuellement en cas d'antécédents ou de diabète.

### **4. 4<sup>ème</sup> consultation (6<sup>ème</sup> mois)**

Il faut rechercher des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines.

Examens prescrits obligatoirement au 6<sup>ème</sup> mois :

- Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat
- Numération formule sanguine

- Recherche de l'antigène HBs
- Recherche d'agglutinines irrégulières. Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires
- Glycosurie et albuminurie

#### **5. 5<sup>ème</sup> consultation (7<sup>ème</sup> mois) :**

On doit rechercher des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines.

Examens prescrits obligatoirement à la femme enceinte à la consultation du 7<sup>ème</sup> mois :

- Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat
- Glycosurie et albuminurie

Examen à proposer systématiquement :

- Échographie obstétricale entre 31 et 32 SA : diagnostic tardif des malformations pour une meilleure prise en charge périnatale

#### **6. 6<sup>ème</sup> consultation (8<sup>ème</sup> mois)**

Les signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines doivent être recherchés ; il est aussi important d'adresser la femme enceinte en consultation de préanesthésie pour évaluer les facteurs de risque anesthésiques en vue de l'accouchement.

Examens prescrits obligatoirement à la femme enceinte à la consultation du 8<sup>ème</sup> mois :

- Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat
- Deuxième détermination des groupes sanguins (ABO rhésus standard) si nécessaire
- Recherche d'agglutinines irrégulières chez la femme rhésus négatif ou antérieurement transfusée.

Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires

- Glycosurie et albuminurie

Un prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B entre 35 et 38 SA est proposé systématiquement.

En fonction de la symptomatologie, un examen cyto bactériologique des urines (ECBU) peut être réalisé.

## **7. 7ème consultation (9 e mois)**

Rechercher des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines. Évaluer le pronostic obstétrical et discuter avec la femme du mode d'accouchement. Donner des consignes claires quant à la date à laquelle la femme enceinte doit se présenter dans le lieu d'accouchement si le terme est dépassé.

S'enquérir à nouveau de l'environnement familial et professionnel de la femme enceinte pour s'assurer des conditions de sécurité de la mère et de son bébé. Informer la femme enceinte des interventions adaptées possibles et activer l'éventuelle intervention coordonnée d'une technicienne d'intervention familiale, d'une puéricultrice de PMI, du médecin traitant, du pédiatre, du psychologue, etc.

Examens prescrits obligatoirement à la femme enceinte à la consultation du 9 e mois :

- Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente
- Deuxième détermination des groupes sanguins (ABO rhésus standard) si non faite à l'examen du 8<sup>ème</sup> mois
- Recherche d'agglutinines irrégulières chez la femme rhésus négatif ou récemment transfusée (si non faite à l'examen du 8<sup>ème</sup> mois). Si la

recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires

- Glycosurie et albuminurie

S'il n'a pas été pratiqué à la consultation du 8<sup>ème</sup> mois, on propose systématiquement un prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B .

En fonction de la symptomatologie, éventuellement, on effectue un examen cytobactériologique des urines (ECBU) en cas d'antécédents ou de diabète.

## **8. Examen postnatal dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement**

L'examen postnatal est obligatoire et peut être réalisé par un médecin spécialiste ou non (décret n° 92-143 du 14 février 1992) ou par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique (loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, titre VI, article 101).

Bien qu'il fasse partie intégrante du travail de la sage-femme de consultation, l'examen postnatal n'est pas traité dans ce mémoire car il n'entre pas dans notre étude.

## **B. Droit de prescription de la sage-femme**

Le droit de prescription est un outil essentiel à l'exercice de la profession de sage-femme en consultation, ce droit a été récemment élargi. En effet, l'arrêté du 12 octobre 2005 (JO du 8 novembre 2005) vient de modifier l'arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes.

Depuis la loi du 9 août 2004, l'article L.5134-1-III du code de la santé publique habilite les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse. Elles peuvent dorénavant prescrire, outre les spermicides et les contraceptifs d'urgence, les contraceptifs hormonaux suivants : oestroprogestatifs par voie orale, transdermique et anneau vaginal, progestatif par voie orale, injectable ou implant.

La vaccination BCG ainsi que les vaccins sous forme monovalente ou associés contre le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite, coqueluche, rubéole, hépatite B et grippe peuvent être prescrits par les sages-femmes.

Nous allons nous intéresser plus particulièrement à l'éventail de prescription de la sage-femme de consultation lors du suivi d'une grossesse :

- Antiacides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux.
- Antiseptiques locaux
- Anesthésiques locaux : médicaments renfermant de la lidocaïne.
- Antibiotiques par voie orale dans le traitement des infections urinaires basses ou vaginales prescrits sur antibiogramme. Prescription non renouvelable pour une infection donnée.
  - Anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonacides, antibactériens et antiherpétiques.
- Antispasmodiques.
- Antiémétiques.
- Antalgiques :paracétamol
  - association de paracétamol et de dextropropoxyphène
  - association de paracétamol et de codéine
  - tramadol
  - nefopam
- Laxatifs
- Vitamines et sels minéraux par voie orale
- Topiques à activité trophique et protectrice
- Médicaments de proctologie : topiques locaux avec ou sans corticoïdes et avec ou sans anesthésiques
  - Immunoglobulines anti-D
  - Produits de substitution nicotinique
  - Par ailleurs, les sages-femmes sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin des médicaments suivants :
    - nicardipine

nifédipine

labetalol

salbutamol par voie orale et rectale

La possibilité pour la sage-femme de renouveler un b-mimétique et de anti-hypertenseurs semble suggérer qu'elle puisse suivre, du moins en alternance, une grossesse incidentée par une menace d'accouchement prématurée ou une hypertension gravidique, considérée donc comme pathologique.

### **Cas particulier de l'arrêt de travail**

Ce n'est pas un traitement médicamenteux, mais il joue, lui aussi un rôle préventif et curatif notamment en cas de menace d'accouchement prématuré.

D'après l'article L.321-1, 5 du code de la sécurité sociale, les sages-femmes ne peuvent pas prescrire d'arrêt de travail à une femme enceinte en cas de grossesse pathologique ; de plus cet arrêt de travail ne doit pas dépasser quinze jours et n'est pas susceptible d'une prolongation ou d'un renouvellement ( article D.331-1 du code de la sécurité sociale).

Dans la pratique courante, la prescription d'un arrêt de travail d'une durée plus importante est parfois nécessaire ; ceci dans le but de conserver la grossesse physiologique .Un des principaux rôle de la sage-femme n'est-il pas justement la prévention ?

Les modifications législatives récentes ne concernent pas uniquement le droit de prescription, elles touchent également le rôle même de la sage-femme, notamment sa fonction au niveau du suivi prénatal, en lui offrant de nouvelles libertés.

## **II. LA SAGE-FEMME DE CONSULTATION ET LEGISLATION**

Le code de déontologie de la sage-femme était devenu obsolète et inadapté aux conditions d'exercice. A l'hôpital, beaucoup de prescriptions étaient faites par les sages-femmes sur des ordonnances de médecin : si elles prescrivaient, par exemple, la sérologie de l'hépatite C, elles étaient hors la loi.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a modifié plusieurs dispositions du code de la santé publique concernant la profession de sage-femme, ceci lui permettant d'exercer pleinement son rôle, c'est à dire le suivi des grossesses physiologiques.

Il est ainsi important de rappeler la législation de la profession afin d'appréhender ses limites et apporter un éclairage sur la place de la sage-femme dans la gestion de la pathologie.

### **A. Compétences de la sage-femme en consultation prénatale**

La pratique du métier de sage-femme comprend l'ensemble des actes nécessaires au diagnostic et à la surveillance de la grossesse (Article L4151-1, code de la santé publique) .La surveillance d'une femme enceinte nécessitant des examens prénataux obligatoires, les sages-femmes ont ainsi le droit de prescrire l'ensemble des examens utiles à leur pratique (Article L4151-4, code de la santé publique).

La sage-femme n'est donc plus limitée dans ses actes pour le suivi d'une grossesse d'évolution normale ; elle est autonome au niveau de sa prescription, offrant à la future mère un suivi clinique et paraclinique complet.

De ce fait, la sage-femme a maintenant la possibilité d'actualiser ses prescriptions en fonction des données scientifiques récentes et d'éventuelles modifications d'ordre législatif en ce qui concerne le suivi d'une grossesse ; la sage-

femme peut ainsi se conformer à l'article R.4127-325 du code de la santé publique en s'engageant à assurer des soins conformes aux données scientifiques du moment.

Cette liberté de prescription des examens paracliniques entraîne indubitablement le dépistage de pathologies.

Dans les années 1950, lors de la naissance de la sécurité sociale, la déclaration de naissance fut créée. Cet examen général devait être obligatoirement pratiqué par un médecin, déroutant ainsi la femme enceinte de la sage-femme vers le médecin.

Les nouvelles modifications autorisent maintenant les sages-femmes à effectuer la déclaration de grossesse (Loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique). Cette avancée permet enfin aux sages-femmes une indépendance complète pour le suivi de la grossesse physiologique et diminue le nombre de praticiens auprès de la patiente sans diminuer pour autant la qualité et la sécurité de ce suivi.

Certaines d'entre elles signaient depuis longtemps la déclaration à la place du médecin quand elles effectuaient, elles même, la consultation ; dans ce cas, la loi a permis de régulariser la situation.

## **B. Devoir envers la patiente**

Un climat de confiance est nécessaire entre le praticien et sa patiente, la femme enceinte doit pouvoir exprimer ses doutes, ses craintes sur des sujets parfois intimes ; la consultation prénatale est un moment privilégié.

Ainsi la sage-femme est soumise au secret professionnel, elle se doit d'exercer sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine (Article R4127-302, code de déontologie). Les informations données par la femme enceinte ou concernant sa santé resteront confidentielles et ne seront dévoilées qu'avec l'accord de la patiente.

A la demande du père putatif, seul le médecin peut rendre compte à celui-ci de l'état de santé de la future mère (Article L2122-2, loi de la santé publique).

De même la sage-femme ne doit faire aucune discrimination et traiter de façon objective toute patiente (Article R.4127-305, code de la santé publique) en respectant la dignité de celle-ci (Article R.4127-327).

## **C. La sage-femme et la pathologie**

La sage-femme est autonome, elle ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit (article R.4127-307, code de la santé publique). Elle doit donc assumer la responsabilité de ses choix et de ses actes.

De plus, elle ne doit pas, sauf circonstance exceptionnelle, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent de sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités (Article R.4127-313, code de la santé publique). Il est précisé que la sage-femme doit s'opposer à toute signature par un autre praticien des actes effectués par elle-même (Article R.4127-337, code de la santé publique).

La sage-femme est souvent le praticien qui réalise le premier examen prénatal, c'est elle qui va fréquemment dépister un antécédent ou une situation pathologique, dans ce cas elle doit faire appel à un médecin (Article L2122-1, loi de la santé publique).

Il est à noter que la spécialisation du médecin n'est pas précisée, la loi ne fait pas non plus de distinction entre les différentes pathologies. Peut-on objectivement considérer l'ensemble des antécédents de pathologies comme susceptibles d'incidenter la grossesse ?

De plus, si nous prenons l'exemple d'une infection vaginale, le droit de prescription de la sage-femme lui permet de la traiter, paradoxalement elle est censée faire appel à un médecin car nous ne pouvons nier du caractère pathologique d'une infection vaginale.

La loi précise que les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse pathologique (Article L4151-3, loi de la santé publique) ;

or si l'on considère la consultation obstétricale comme un soin, les sages-femmes pourraient, avec l'accord du médecin, poursuivre le suivi obstétrical.

Cependant dès que les circonstances l'exigent, elle devra proposer la consultation d'un médecin (Article R.4127-361, code de la santé publique) et reprendra, en accord avec la patiente, la direction des soins sous sa propre responsabilité, après la consultation ou l'intervention du médecin appelé (Article R.4127-362, code de la santé publique).

Il est donc inéluctable d'aborder la définition d'un antécédent ou d'une grossesse physiologique afin d'appréhender correctement le texte législatif et ainsi tenter de déterminer le moment propice pour faire appel à un médecin.

La spécialisation du médecin auquel s'adresser n'est pas précisée, existe-il des indicateurs permettant de déterminer quand un suivi par l'obstétricien s'avère nécessaire ?

### **III. DE LA PHYSIOLOGIE A LA PATHOLOGIE**

#### **A. Définition de la pathologie et par extension d'une grossesse pathologique**

Au sens strict du terme, la pathologie représente la partie de la médecine qui étudie les maladies considérées en elles mêmes. C'est un inventaire des maladies classées selon divers critères ; c'est la science des causes, des symptômes et de l'évolution de la maladie. C'est également l'ensemble des manifestations d'une maladie, des effets morbides qu'elle entraîne.

En effet, ce terme de pathologie est souvent employé incorrectement dans le sens de maladie ou même d'anatomopathologie. Il serait donc plus judicieux de parler de maladie obstétricale et non de pathologie obstétricale, mais dans ce cas comment définir la maladie ?

La maladie est une altération de l'état de santé, elle comporte un ensemble de caractères définis, notamment une cause, des signes et symptômes, une évolution et des modalités thérapeutiques et pronostiques précis. En général ce mot désigne un état morbide dont la cause est reconnue, ce qui la distingue du syndrome : ensemble de signes dont l'apparition peut relever de causes différentes, et de l'affection, qui est en général rattachée à un organe ou à une fonction, mais qui ne présume ni des causes, ni des symptômes, ni des possibilités thérapeutiques. Mais cette distinction n'a rien d'absolue.

La maladie est donc le dysfonctionnement d'un processus psychobiologique, en référence à des fonctions physiologiques, déterminées à partir des principes fondamentaux des systèmes biologiques.

On distingue souvent les maladies en maladies locales ou générales, suivant qu'elles frappent une partie du corps ou l'atteignent tout entier, au moins par les réactions qu'elles provoquent ; en maladies aiguës ou chroniques, suivant que leurs

signes sont accentués et à l'évolution rapide aboutissant en quelques jours à la guérison ou à la mort, ou au contraire moins précis et à évolution lente, progressive ou régressive.

On distingue les maladies traumatiques résultant de choc, les maladies dues aux agents physiques, les maladies toxiques, les maladies parasitaires, les maladies infectieuses, les maladies à virus filtrants, les maladies dyscrasiques qui sont imputables à des modifications dans les échanges, à des vices de nutrition tels que le diabète, l'obésité.

La maladie serait donc une altération de la biologie dite « normale », mais certains processus, non dysfonctionnels, induisent des atteintes organiques et fonctionnelles. Peut-on objectivement se référer à une biologie issue d'une norme ?

En utilisant uniquement des critères biologiques pour définir un état de maladie, cela induirait que certains états physiologiques, entraînant pourtant des altérations des caractères biologiques normaux, seraient considérés comme pathologiques. La grossesse est un exemple probant : celle-ci entraîne des modifications des paramètres biologiques dits « normaux », paradoxalement il nous est impensable d'affirmer que la grossesse est une pathologie.

La référence biologique n'est valable que dans le cas où les processus biologiques seraient un modèle fonctionnel parfait, ne supportant donc, aucune variation.

Pouvons-nous réellement définir un modèle biologique parfait à partir d'une norme qui représente un chiffre statistique ? C'est en effet la moyenne des caractéristiques biologiques d'une population donnée, elle ne reflète pas les extrêmes de la population.

Les normes actuelles ne résultent pas toutes de la compréhension des processus biologiques mais d'une observation de cas cliniques dits normaux.

Un état physiologique différent d'une norme statistique ne peut être considéré systématiquement comme une maladie. Prenons l'exemple d'un fœtus avec une biométrie à la limite inférieure des courbes de croissance déterminées par la norme, cet

enfant peut être de petit gabarit sans pour autant que cela soit objectivement considéré comme pathologique.

La définition objective de la pathologie est complexe du fait qu'elle est liée, notamment, au contexte culturel, à un conditionnement. Selon l'ethnie, la taille de l'enfant et la durée de gestation de la femme pourront être considérées comme pathologiques ou inversement.

### **Définition**

Une maladie serait donc caractérisée par un état où les capacités de résilience de l'organisme seraient dépassées. Ainsi au niveau d'une grossesse, le fonctionnement des processus pathologiques porterait atteinte à l'intégrité de l'organisme de la mère et/ou de l'enfant à naître.

Une grossesse pathologique ou grossesse incidentée par une maladie est donc une grossesse au cours de laquelle l'état de santé de la mère et/ou de l'enfant est altéré de façon néfaste. Si on parle d'antécédents pathologiques, c'est donc l'ensemble des maladies ayant affecté la santé de la mère.

Il est quasiment impossible de déterminer précisément la frontière entre la physiologie et l'état de maladie. En pratique, il est parfois difficile pour la sage-femme de décider du moment précis auquel il est nécessaire de transmettre sa patiente.

La partie qui suit tentera d'apporter, par l'intermédiaire d'un ensemble de critères, une aide à la décision.

## **B. Grossesse à bas risque obstétrical**

Des critères définissent une grossesse à bas risque obstétrical et donc potentiellement physiologique. Ceux ci peuvent aider la sage-femme dans la décision du suivi de la grossesse.

### **1. Critères du NICE (National Institute for Clinical Excellence)**

Les recommandations du NICE définissent des facteurs de risques obstétricaux ; la présence d'antécédents pathologiques serait alors déterminante pour la prise en charge de la grossesse par la sage-femme ou l'obstétricien.

L'existence d'antécédents familiaux tels que les anomalies génétiques, d'antécédents obstétricaux comme l'hypertension artérielle, l'obésité, les cardiopathies ; mais aussi les antécédents gynécologiques (malformations utéro-vaginales,...) et obstétricaux (accouchements prématurés, pré-éclampsie,...) permettraient de désigner le praticien chargé du suivi obstétrical.

Le NICE inclut également les facteurs socio-économiques, les habitudes de vie notamment les addictions.

Ces recommandations n'apportent cependant aucune indication en cas de pathologie apparue au cours de la grossesse, des critères néerlandais « Verloskundig Vademecum » apportent des précisions supplémentaires.

## **2. Critères néerlandais**

Ils rassemblent une liste de 125 critères répartis en six groupes dont un groupe concernant les pathologies apparues durant la grossesse.

Ils permettent ainsi d'affiner la sélection afin de déterminer une grossesse à bas risque obstétrical.

Ces recommandations néerlandaises apportent, également, un éclairage sur le praticien désigné pour suivre la grossesse en fonction de la pathologie et les modalités de ce suivi.

Ainsi une grossesse issue d'un traitement de l'infertilité, un antécédent d'hypertension artérielle gravidique, une infection urinaire apparue pendant la grossesse ou un diabète gestationnel relèveraient du rôle de la sage-femme ; par contre, un diabète préexistant ou un siège nécessiteraient un obstétricien.

Pour d'autres pathologies, les recommandations proposent une concertation entre l'obstétricien et la sage-femme pour aboutir à une décision adaptée sur les modalités du suivi.

Il est à noter la prise en considération du critère de gravité de la pathologie, une hypothyroïdie ou une hypertension artérielle gravidique pourra ainsi être gérée par l'un ou l'autre des praticiens. Pour un antécédent d'accouchement prématuré, l'âge gestationnel à la naissance de l'enfant précédent déterminera la modalité de prise en charge pour la grossesse actuelle.

Les critères du NICE et les critères néerlandais permettent une aide pour la gestion de la pathologie par la sage-femme. Ils peuvent être utilisés comme des indicateurs mais leur application en France nécessite une adaptation.

La deuxième partie étudiera ainsi les pratiques des sages-femmes à la maternité régionale, à quel moment décident-elles de transmettre une patiente ? Quels sont leurs critères de décision ?

## *Partie 2*

Après une brève description de l'unité de consultation de la maternité régionale de Nancy, nous développerons notre enquête sur les pratiques des sages-femmes en consultation.

Notre étude se compose, tout d'abord, d'entretiens avec les sages-femmes concernées afin de connaître leur ressenti et leurs opinions par rapport au sujet abordé. Ces entretiens ont également permis de définir la trame principale de notre étude de dossiers.

Nous verrons, ensuite, ce qu'il en est pour l'année 2005 grâce à la banque d'information du DIM.

Une étude de 150 dossiers pour lesquels le suivi de la patiente a été réalisé complètement ou en partie par une sage-femme conclura cette deuxième partie.

# I. PRESENTATION DE L'UNITE DE CONSULTATION DE LA MATERNITE REGIONALE DE NANCY

Il est essentiel de connaître l'organisation de l'unité de consultation pour aborder son fonctionnement et comprendre les différents outils disponibles pour le suivi d'une patiente.

Sa mission est l'accueil, la prise en charge, tant au niveau préventif que thérapeutique, et l'orientation de toutes patientes qui s'adressent à la maternité.

Elle offre une diversité des intervenants et des spécialisations autour de la femme permettant ainsi le suivi le plus adapté.

En ce qui concerne l'obstétrique, l'unité propose notamment des consultations spécialisées comme l'aide au sevrage tabagique, la cardiologie, les consultations d'anesthésie, la diabétologie, la nutrition, la psychiatrie, la psychologie, la sexologie et l'assistance médicale à la procréation.

Ces consultations permettent de compléter de façon adéquate le suivi obstétrical d'une grossesse physiologique mais également de gérer, si nécessaire, la présence ou l'apparition d'une pathologie.

Le médecin responsable de l'unité fonctionnelle, la sage-femme cadre supérieur et la sage-femme cadre sont chargés de l'organisation de l'unité de consultations de gynécologie et d'obstétrique.

L'unité regroupe des gynécologues obstétriciens, des sage-femmes, des anesthésistes, des spécialistes, des infirmières, des auxiliaires de puériculture, des agents des services hospitaliers et des secrétaires.

Les locaux sont composés :

- d'un rez-de-chaussée comprenant l'accueil administratif, le secteur des prélèvements sanguins, les consultations d'anesthésie, le service social

- de trois niveaux dédiés aux consultations avec un secrétariat médical, un accueil, des cabinets de consultations, une salle d'enregistrements cardio-tocographiques . Au niveau 1, se situent également une salle d'acupuncture, un bureau pour la psychiatrie, psychologie et sexologie, le point information sage-femme et le centre de planification et d'éducation familiale. Au niveau 2 : une salle d'échographie et le pôle régional d'accueil des patientes victimes d'agressions sexuelles, au niveau 3 : un bureau de sages-femmes destiné aux consultations d'aide au sevrage tabagique, dossiers d'agression, expertises et entretiens.

- D'un sous-sol où se trouvent les archives.
- D'un secteur de préparation à la naissance

## II. LES ENTRETIENS

Notre étude comporte 12 entretiens dont 11 avec des sages-femmes de consultations et 1 avec la surveillante du service.

12 sages-femmes pratiquent actuellement des consultations à MRAP et leur activité ne cesse d'augmenter : en effet, le nombre de consultations effectuées par les sages-femmes est passé de 7000 en 1998 à 16000 en 2004 donc plus du double.

Il existe une spécialisation de certaines d'entre elles .Ainsi selon ses besoins une patiente sera orientée préférentiellement vers une sage-femme ou une autre. Les spécialisations regroupent l'acupuncture, la préparation prophylactique à la naissance, la tabacologie, la toxicomanie et la sexologie.

Nos entretiens ont pour but de définir leur notion de la pathologie, de connaître le ressenti des sages-femmes par rapport à leur place en consultations et d'apprécier leur gestion de la pathologie obstétricale.

### A. Gestion de la pathologie par les sages-femmes

La plupart des sages-femmes définissent comme pathologique une grossesse qui s'éloigne de la physiologie, d'autres se basent sur les critères de l'H.A.S..Une définition m'a semblée judicieuse : on peut considérer comme pathologique toute grossesse dont les antécédents ou les signes cliniques et paracliniques peuvent intervenir de façon néfaste sur le bon déroulement de la grossesse.

La grande majorité des sages-femmes admettent suivre des grossesses pathologiques, le plus souvent en binôme, soit avec un obstétricien, soit avec un médecin d'une autre spécialité. Elles estiment que ces grossesses représentent 30 à 40% de leurs consultations. Parmi les pathologies, on retrouve les antécédents de pathologie cardiaque, les antécédents de mort fœtale in utero, les utérus cicatriciels, les grossesse

FIV, les toxicomanies, les menaces d'accouchements prématurés légers, les diabètes gestationnels, les hypertensions, les hypothyroïdies, les anomalies biométriques de la croissance fœtale, les sièges.

On peut noter une particularité en ce qui concerne les hypothyroïdies gravidiques ou non : elles sont souvent suivies, pour le versant obstétrical, uniquement par les sages-femmes. Ces femmes sont suivies en parallèle par un médecin qui gère la pathologie thyroïdienne.

De la même façon, on peut noter une distinction entre la prise en charge du diabète gestationnel sous régime que la plupart des sages-femmes prennent en charge, parfois même seules en collaboration avec un nutritionniste/diabétologue, et le diabète sous insuline qui concerne fréquemment l'obstétricien.

Elles prescrivent parfois un suivi à domicile dans les cas de surveillance du rythme cardiaque fœtal, de menace d'accouchement prématuré, de contrôle tensionnel, mais le plus souvent ce suivi spécifique s'adresse à des femmes ayant des problèmes socio-économiques. La sage-femme de PMI et la sage-femme libérale en sont les principaux acteurs.

Lorsqu'on les interroge sur le motif de prise en charge de ces grossesses sensibles, chacune se base sur sa propre définition de la pathologie et son expérience professionnelle. Elles ont ainsi conscience de leurs limites et garantissent à la patiente un suivi de qualité en respectant la sécurité de la mère et de son enfant.

## **B. La transmission de la patiente**

Les sages-femmes précisent rencontrer peu de difficultés à transmettre une patiente à un obstétricien : la création du staff a réellement facilité ceci permettant également, lors de problèmes spécifiques, d'obtenir rapidement une conduite à tenir par l'obstétricien. Par contre la transmission écrite par un courrier n'est quasiment jamais utilisée.

De plus, le suivi en binôme avec l'obstétricien est très utilisé, il permet à la sage-femme une continuité des soins en gardant un contact privilégié avec la patiente dont la

grossesse devient pathologique tout en assurant une surveillance médicale spécialisée incontournable.

En effet, le choix de conserver des consultations sage-femme est une demande fréquente de ces patientes qui ont besoin de s'exprimer sur leurs doutes et inquiétudes inhérents à l'apparition de la pathologie. On note ainsi une relation de confiance entre la sage-femme qui a débuté le suivi de la grossesse et sa patiente.

Dans les cas où le suivi complet par l'obstétricien s'avère nécessaire, la plupart des sages-femmes continuent à s'informer sur l'évolution de la grossesse.

### **C. Les prescriptions de la sage-femme**

Quand on interroge les sages-femmes sur leur avis par rapport aux nouveaux droits de prescriptions accordés, elles y sont majoritairement favorables même si certaines pensent qu'il y a un risque de dérive vers un suivi plus fréquent de pathologie.

En effet, le renouvellement des anti-hypertenseurs est très peu utilisé ; de même certaines ont l'impression de ne pas avoir la compétence suffisante à la prescription des oestroprogestatifs , ceci du fait que le cursus scolaire de l'époque n'intégrait pas cette classe pharmaceutique.

Paradoxalement, elles renouvellent parfois, bien qu'il ne fasse pas partie intégrante du droit de la sage-femme, les hormones thyroïdiennes dans le cadre de l'hypothyroïdie.

Finalement, elles regrettent de ne pas avoir obtenu le droit de prescription de l'arrêt de travail qu'elles considèrent jouer, notamment, un rôle de prévention de la pathologie.

### **D. En conclusion**

Les sages-femmes pensent outre-passer parfois la loi si on la considère au sens strict. Ceci plus particulièrement dans le suivi général de la grossesse, du fait même qu'elles suivent des grossesses pathologiques ou avec antécédents pathologiques.

Elles ont conscience qu'il existe un risque du point de vue médico-légal, mais ont confiance en leurs pratiques et leur expérience pour déterminer quand il est nécessaire de réaliser un suivi par un obstétricien. Elles reconnaissent qu'exercer dans un centre de niveau III où les obstétriciens sont toujours présents leur permet un suivi plus serein.

Même si les sages-femmes informent régulièrement les patientes de leurs compétences, il existe parfois une incompréhension de la mère lors d'un changement de praticien induit par l'apparition d'une pathologie. Ainsi il existe encore une confusion entre les rôles de la sage-femme et de l'obstétricien, même si ce fait tend à disparaître grâce à une médiatisation de la profession.

L'ensemble des sages-femmes pense que leur rôle en consultation est confortable : elles ressentent une véritable reconnaissance de leur statut, de leur travail tant du point de vue des médecins que des patientes. Elles apprécient particulièrement la revalorisation de leur rôle au sein du service avec la nette augmentation des consultations réalisées par les sages-femmes.

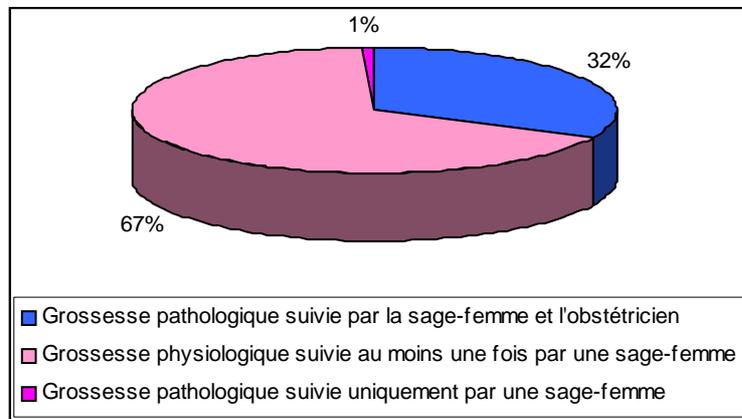
### III. ETUDE SUR L'ANNEE 2005

Cette étude est réalisée d'après les archives du DIM, elle est un aperçu de l'activité de l'année 2005 mais reste imprécise car biaisée par l'ambiguïté de certaines UF qui ne peuvent différencier une pathologie apparue pendant la grossesse d'une pathologie du post-partum.

Les transferts in utéro, les grossesses suivies uniquement en hospitalisation ou jamais suivies à la maternité régionale sont exclus de notre étude. Nous définissons comme «grossesses physiologiques », les grossesses avec ghm 14Z02A hors diabète gestationnel ou préexistant, HTA gestationnelle ou préexistante, infection pendant la grossesse et toxicomanie ; et les grossesses avec ghm 14C02A hors diabète, HTA, infection, toxicomanie, siège, bassin pathologique, utérus cicatriciel.

Nous travaillons ainsi sur 2978 grossesses dont 1906 dites physiologiques selon nos critères (soit 64%) et 1072 pathologiques (36%).

Nous pouvons de ce fait déterminer la prise en charge de la pathologie par la sage-femme durant l'année 2005 :

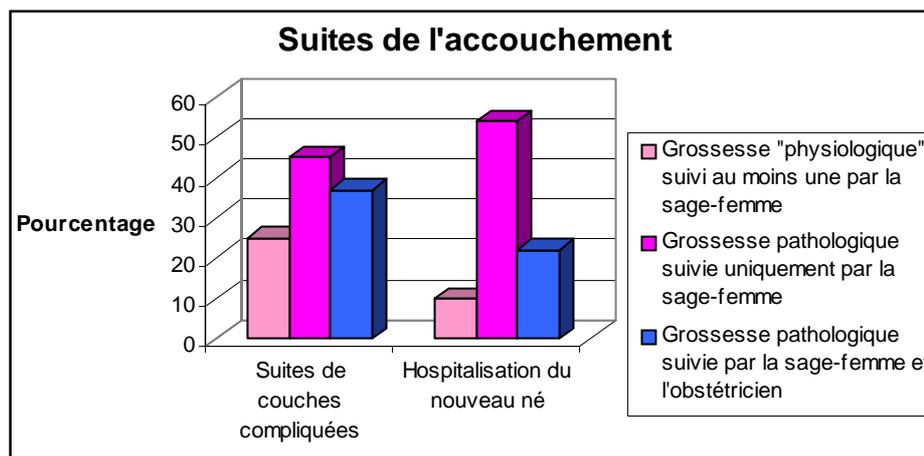


La pathologie est pour 32% (soit 826 grossesses) prise en charge par le binôme sage-femme/ obstétricien, seulement 1% (soit 24 grossesses) sont suivies uniquement par la sage-femme.

La plus grande partie de l'activité de la sage-femme reste la physiologie avec 67% des grossesses.

Il est également intéressant de se demander si le type de suivi et donc la gestion de la pathologie a une influence au niveau des complications en suites de couches et sur le taux d'hospitalisation de l'enfant.

On considère comme pathologique les suites de couches incidentées par une hypertension artérielle, une infection, une hémorragie, une thrombose ou une embolie.



On peut s'étonner qu'une grossesse pathologique suivie uniquement par une sage-femme aboutisse à 55% d'hospitalisations du nouveau né et à 47% de complications maternelles dans les suites de l'accouchement.

Certes la sage-femme n'est pas censée gérer seule une pathologie, cela n'entrant pas dans ses compétences mais ces chiffres paraissent amplement exagérés.

Ceci peut s'expliquer par la taille de l'échantillon qui ne représente qu'un nombre de 24 dossiers, donc ne pouvant donner lieu à des chiffres significatifs et représentatifs de la qualité du suivi. De plus, les étiologies de l'hospitalisation de l'enfant et des complications en suites de couches ne sont pas connues ; en effet, il est très probable que dans certains cas, il n'y ait aucun lien de cause à effet entre le retentissement de la pathologie sur la grossesse et les incidents apparus en suites de couches. Les hospitalisations d'enfants peuvent être, par exemple, la conséquence d'une souffrance fœtale ou d'une dystocie en cours de travail, les complications en suites de couches être liées à une infection urinaire isolée.

Notre étude va être affinée et détaillée par une recherche sur 150 dossiers afin de déterminer notamment le rôle de la sage-femme au niveau de la gestion de la

pathologie, les implications qui en découlent, les outils de transmission de l'information utilisés et l'organisation des différents intervenants autour de la gestante.

## **IV. L'ETUDE DE DOSSIER**

Notre étude de dossiers comprend 150 femmes, vues au moins deux fois par une sage-femme en consultation, prises au hasard sur 260 qui ont accouché entre le 1<sup>er</sup> novembre 2005 et le 31 décembre 2005. Notre étude exclue les femmes suivies uniquement par des obstétriciens, les femmes ayant eu une hospitalisation strictement supérieure à 2 jours et celles vues moins de 5 fois en consultation à la maternité.

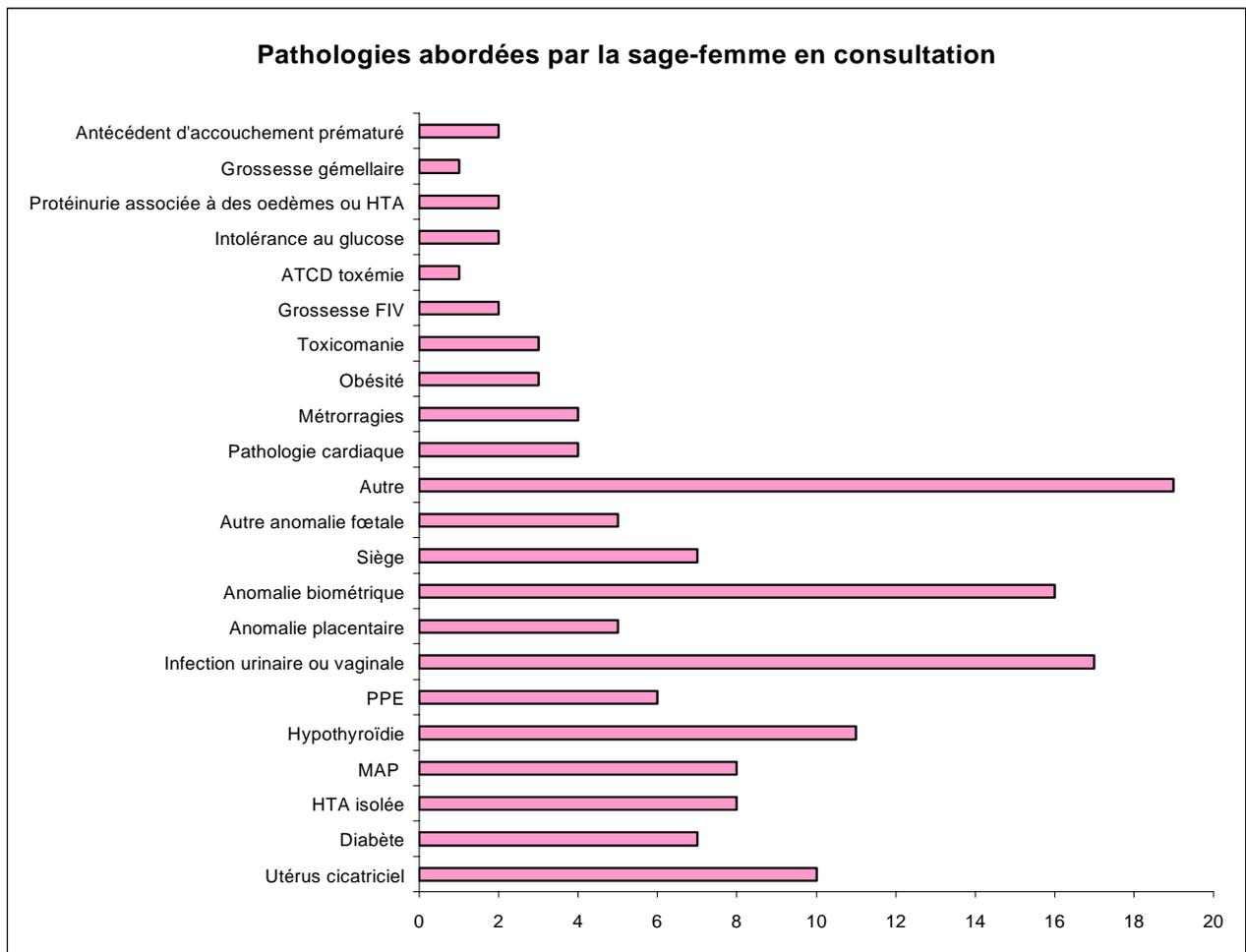
### **A. Activité de la sage-femme en consultation**

#### **1. Pathologies abordées par la sage-femme**

Sur les 150 grossesses, 72,5% ont été incidentées par une ou plusieurs pathologies ou présentaient un ou plusieurs antécédents pathologiques.

29,8% des grossesses présentaient au moins un antécédent pathologique et dans 61,0% des cas, au moins une pathologie est apparue au cours de la grossesse.

Notre échantillon regroupe 143 cas différents de pathologies.



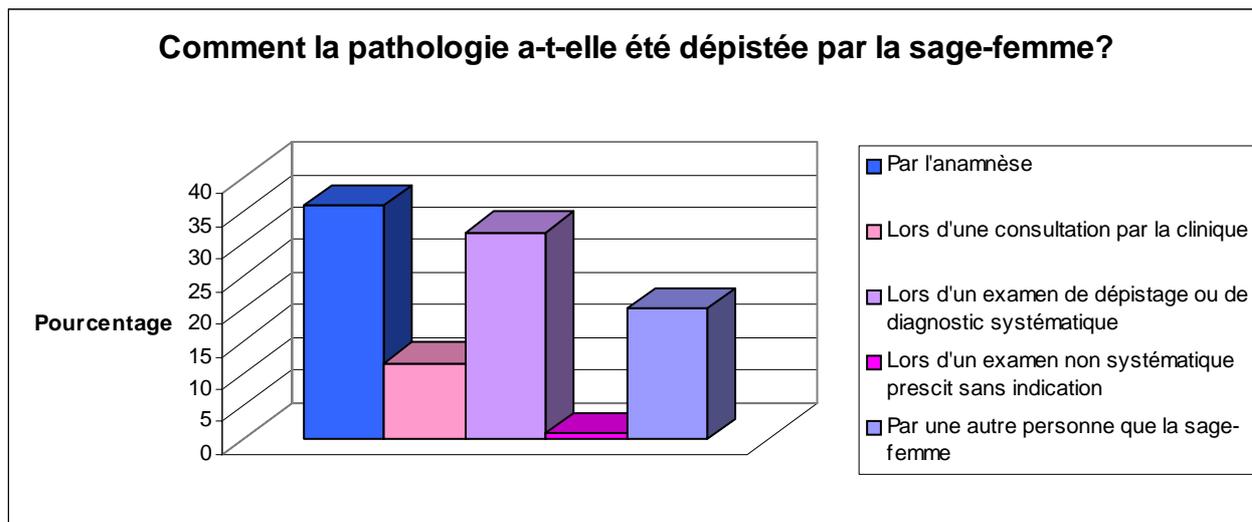
L'item « autre » représente une thrombopathie, deux patientes présentant un rein unique, une polykystose rénale, une hyperprolactinémie, une schizophrénie, une hépatite B positive, deux antécédents de trouble alimentaire, un antécédent d'hémorragie obstétricale, un antécédent de spina bifida maternel, deux RAI positives, une séroconversion toxoplasmose, un bassin à épreuve et un accident de la voie publique pendant la grossesse.

Les pathologies cardiaques regroupent les communications interauriculaires et les souffles.

Les autres anomalies fœtales comprennent artères ombilicales uniques, anomalies cardiaques, hydramnios, grêles échogènes et rectosigmoïdes.

Les anomalies placentaires rassemblent HRP, notchs et dopplers pathologiques.

## 2. Mode de dépistage de la pathologie

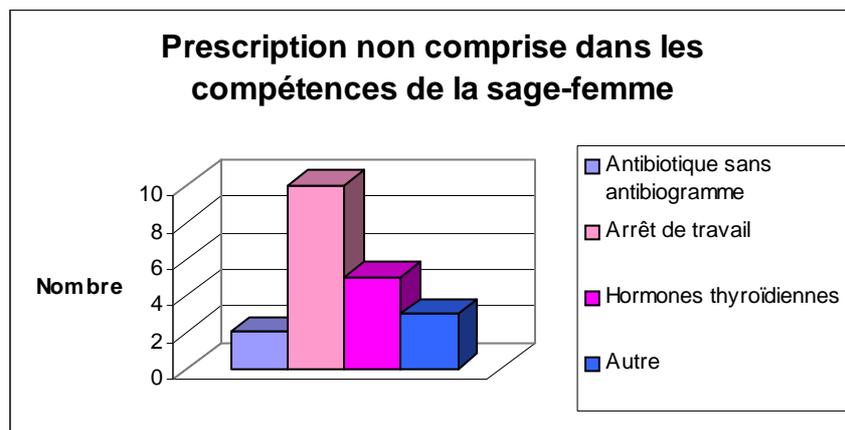


Les examens de dépistage ou de diagnostic systématiques regroupent les examens biologiques et échographiques obligatoires mais aussi les actes réalisés à chaque consultation tels que la mesure de la pression artérielle, du poids de la patiente ou la bandelette urinaire.

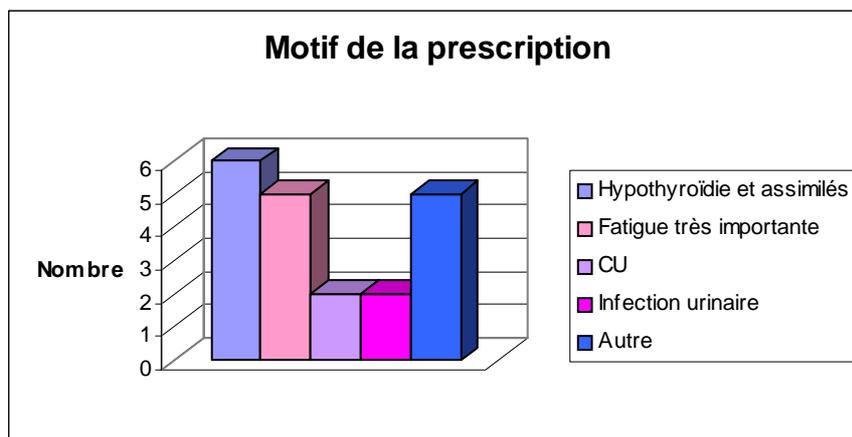
L'anamnèse est le mode de dépistage le plus fréquent, ceci du fait même qu'il permet de découvrir l'ensemble des antécédents pathologiques. En deuxième position, on retrouve les examens de dépistage et de diagnostic systématiques qui sont le premier mode de dépistage en cas de pathologie apparue pendant la grossesse.

## 3. Incidence du traitement de la pathologie

Il est légitime de se demander, à la vue du nombre de pathologies abordées par la sage-femme, si cela ne génère pas des prescriptions non comprises dans ses compétences. En effet, sur les 150 dossiers étudiés, 15,3% présentaient un dépassement des compétences.

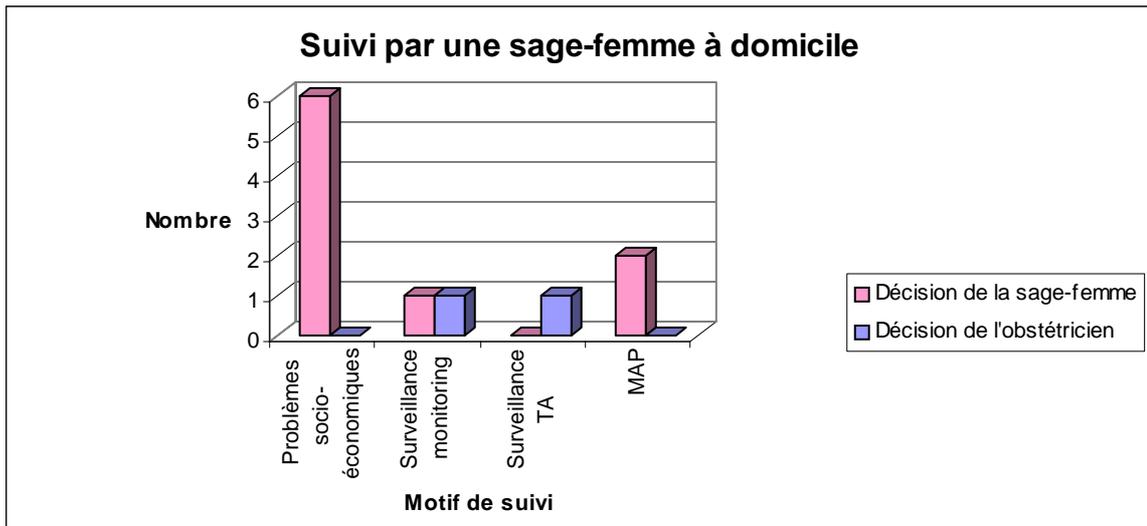


L'arrêt de travail est évidemment un arrêt de travail supérieur à quinze jours ou un renouvellement. Il est la prescription la plus fréquente de la sage-femme bien qu'il n'est pas autorisé, sous cette forme, par la législation.



L'hypothyroïdie est le premier motif de prescription en dehors des compétences de la sage-femme. La fatigue étant la deuxième cause, on peut l'associer aux contractions utérines en ce qui concerne la prescription d'un arrêt de travail

L'apparition ou la présence d'une pathologie nécessite, de la même façon, plus fréquemment un suivi à domicile décidé soit par la sage-femme soit par l'obstétricien.



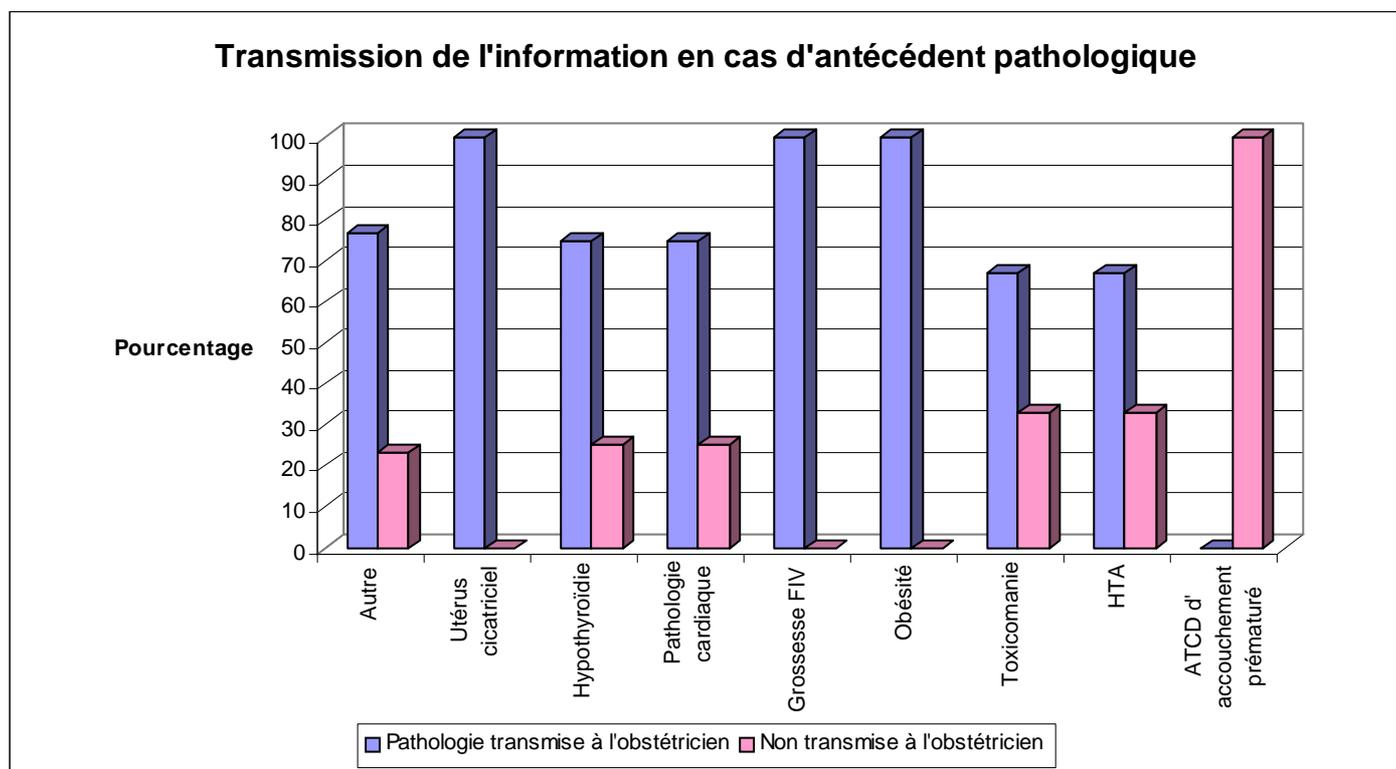
La sage-femme décide d'un suivi à domicile le plus souvent en cas de problèmes socio-économiques, c'est donc un suivi effectué par la protection maternelle et infantile. On retrouve ainsi la fonction préventive de la sage-femme ; en effet, un niveau socio-économique bas est un facteur de risque d'accouchement prématuré.

En cas de pathologie avérée, le recours d'un suivi à domicile, réalisé le plus souvent par la sage-femme libérale, est décidé de façon quasi équivalente par l'obstétricien ou la sage-femme.

## **B. Transmission de l'information à l'obstétricien**

En cas de pathologie antérieure ou apparue pendant la grossesse, la transmission de l'information a été effectuée dans 68% des cas. Mais quelles sont les pathologies nécessitant une transmission à l'obstétricien ? La transmission s'effectue-t-elle différemment pour une grossesse avec antécédents que pour une grossesse incidentée par une pathologie ?

## 1. En cas d'antécédent pathologique



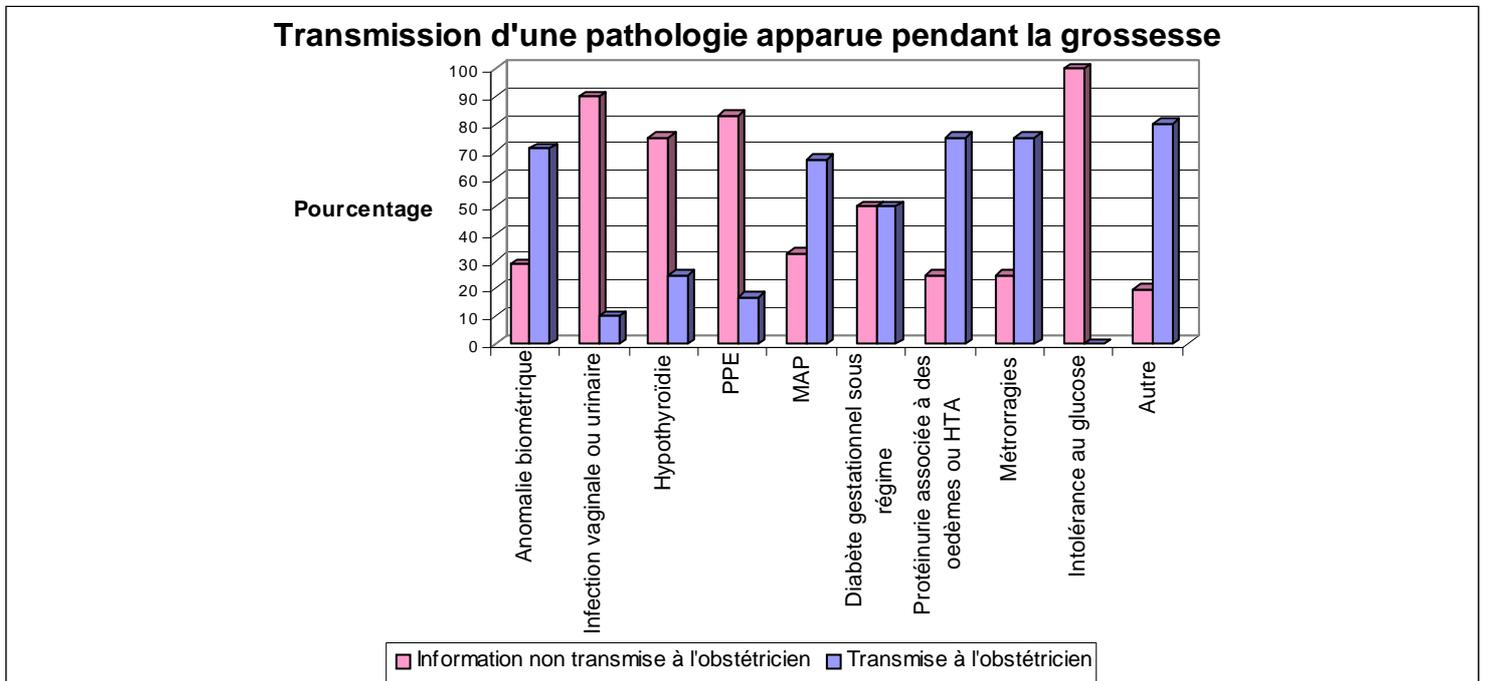
On note que dans la grande majorité des cas, une transmission est effectuée.

La transmission à l'obstétricien de l'information d'un antécédent pathologique semble systématique lorsqu'il s'agit d'un utérus cicatriciel car il nécessite notamment une conduite à tenir pour l'accouchement, mais aussi en cas de grossesse FIV : le suivi étant généralement débuté par l'obstétricien lui même.

A l'inverse un antécédent d'accouchement prématuré ne semble pas nécessiter de transmission.

Pour la toxicomanie ou l'hypertension artérielle, la transmission est variable : elle dépend souvent du retentissement de la pathologie sur la grossesse et inversement.

## 2. En cas de pathologie apparue pendant la grossesse

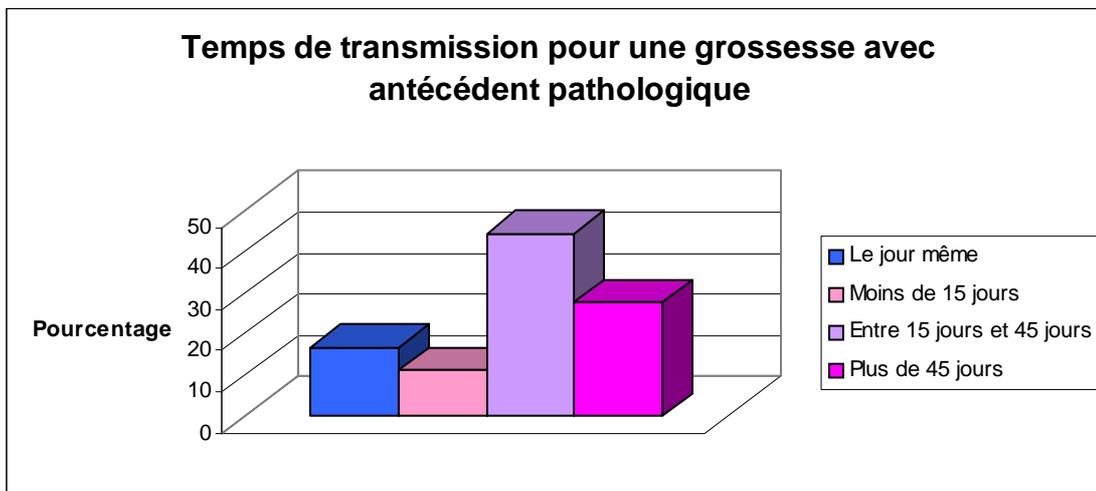


Les diabètes gestationnels traités par insuline, les HTA isolées, les sièges, les grossesses gémellaires, les anomalies placentaires et autres anomalies fœtales rassemblent les pathologies nécessitant systématiquement la transmission de l'information à l'obstétricien.

Les intolérances au glucose, les infections vaginales ou urinaires ne nécessitent majoritairement jamais une transmission.

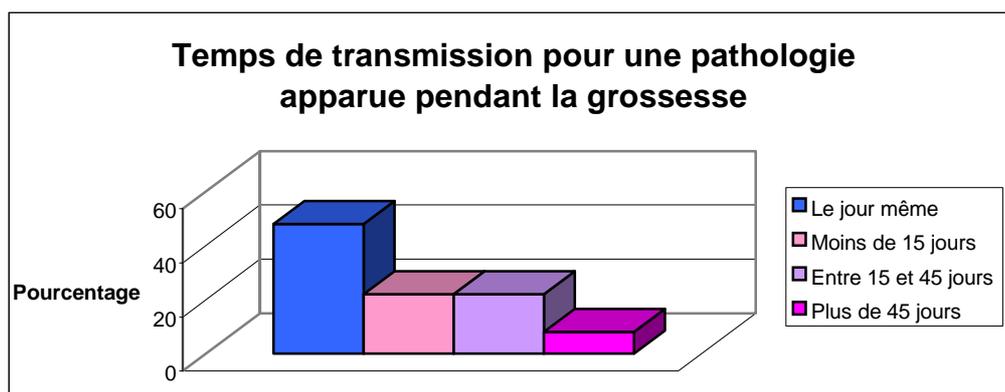
### 3. Temps de transmission

#### a) Pour un antécédent pathologique



Pour un antécédent pathologique, le temps de transmission le plus fréquent correspond à la prise d'un rendez-vous pour le mois suivant (soit entre 15 et 45 jours). En effet la sage-femme rencontre la patiente pour un premier contact à la maternité et l'oriente selon le cas.

#### b) Pour une pathologie apparue pendant la grossesse



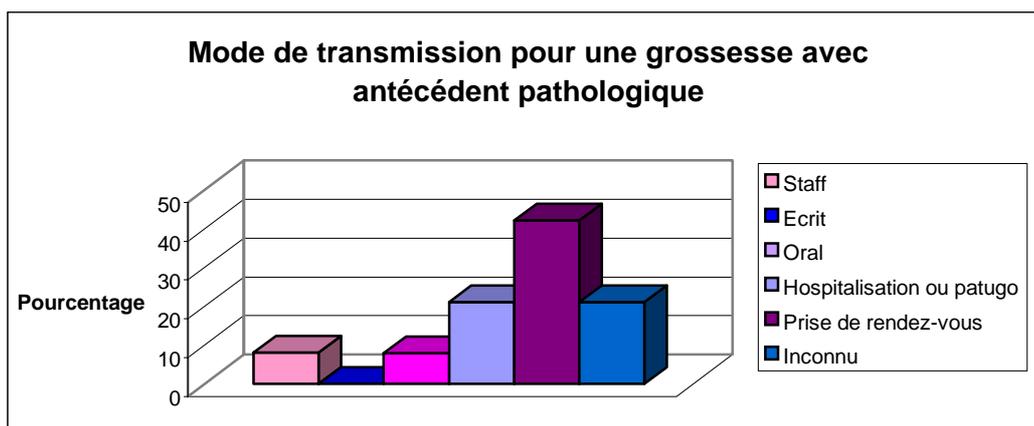
La transmission s'effectue, dans 45% des cas, le jour même.

L'obstétricien a connaissance de la pathologie en moins de 45 jours dans 98% des cas.

Cette transmission relativement rapide nécessite une organisation et des structures adaptées, comment se transmet cette information ?

#### 4. Mode de transmission

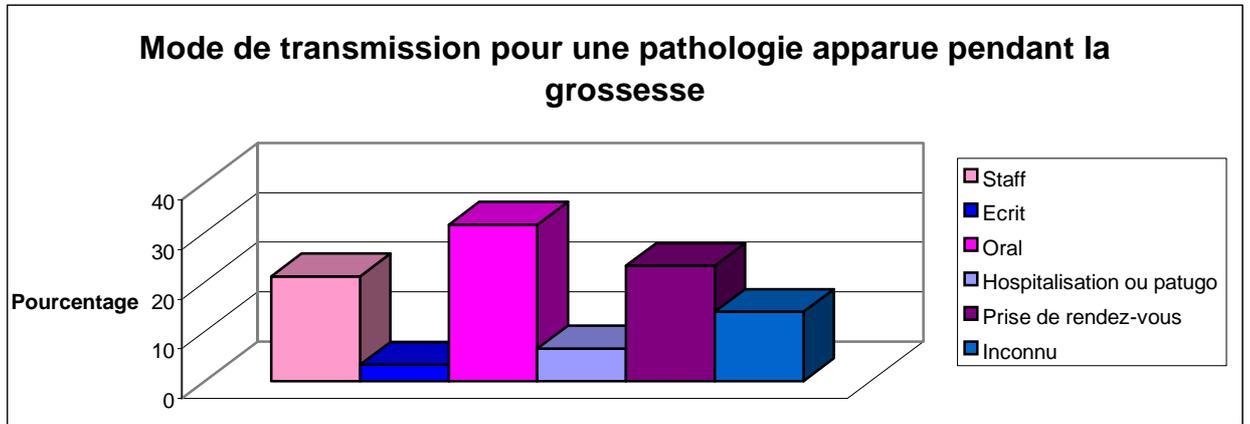
##### a) Pour un antécédent pathologique



Nous incluons dans transmission écrite : les courriers, les conduites à tenir notées et signées par l'obstétricien sur le dossier médical, un mot de la sage-femme noté sur le dossier et précisant que la grossesse doit être suivie par l'obstétricien.

Lorsqu' il s'agit d'un antécédent la prise de rendez-vous est le moyen le plus utilisé : dans 42,1% des cas. En effet, l'existence d'une pathologie antérieure à la grossesse ne nécessite que très rarement une prise en charge en urgence et peut donc attendre la consultation suivante.

**b) Pour une pathologie apparue pendant la grossesse**

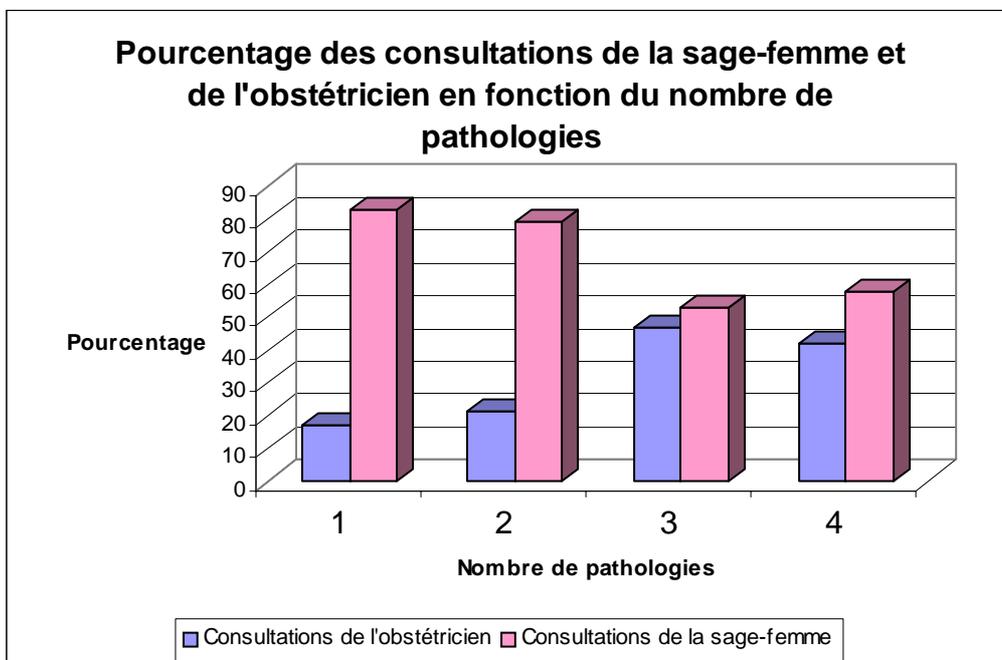


La transmission orale consiste en une transmission de vive voix avec l'obstétricien, la sage-femme note généralement un mot sur le dossier pour certifier qu'elle a transmis l'information. Elle est le mode de transmission le plus utilisé, le staff est en troisième position. Ces deux moyens permettent à l'obstétricien d'avoir une information rapide sur l'état de santé de la patiente.

On peut remarquer que l'écrit est rarement utilisé : uniquement à 3,3%.

**C. Suivi obstétrical après la découverte de la pathologie**

**1. Répartition des consultations sage-femme et**

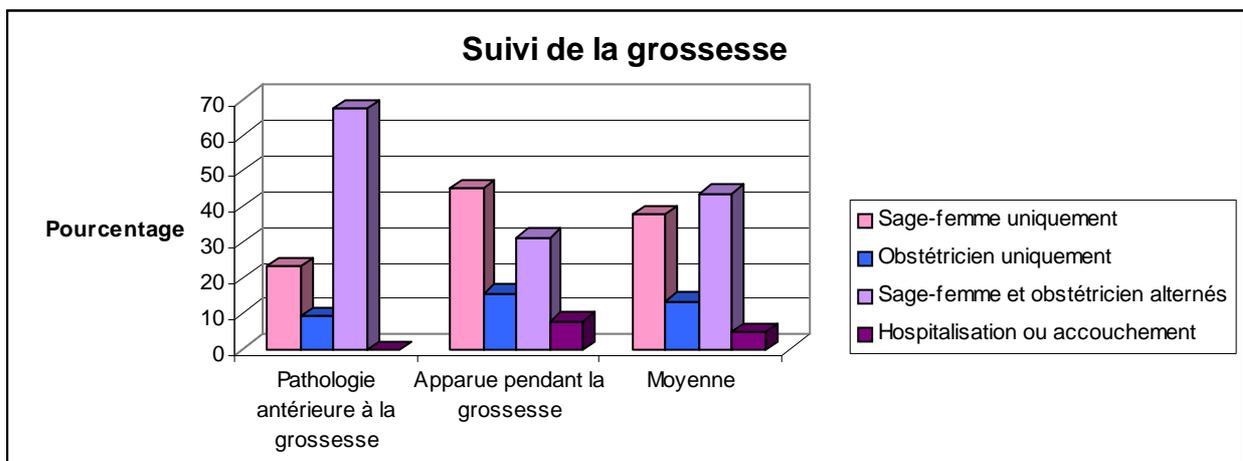


## obstétricien en fonction du nombre de pathologies

Plus le nombre de pathologies présentes au cours d'une même grossesse est important, plus la proportion de consultations par l'obstétricien augmente par rapport aux consultations réalisées par la sage-femme.

Ceci n'est pas démontré dans le cas où quatre pathologies sont imbriquées mais les chiffres sont moins significatifs, le nombre de cas représentés étant faible.

### 2. Suivi obstétrical à la découverte de la pathologie

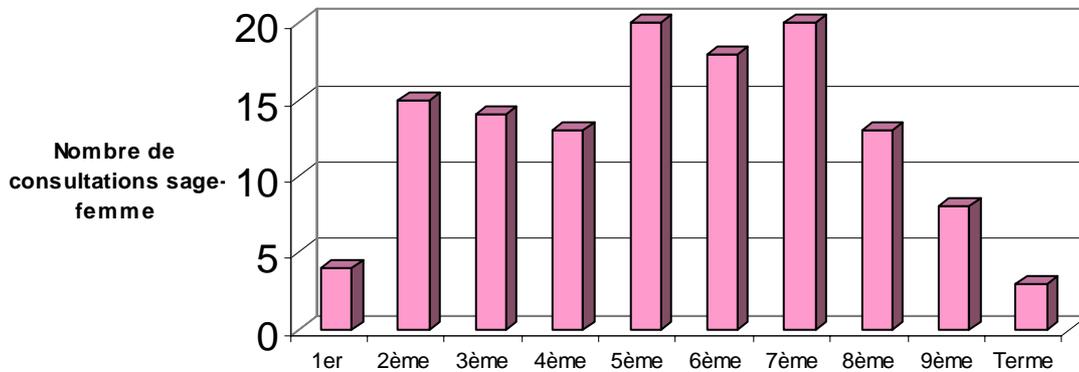


Les infections vaginales et urinaires, les prises de poids excessives et les intolérances au glucose n'ont pas été comptabilisées pour ne pas biaiser les résultats : en effet, comme nous l'avons vu précédemment, elles ne nécessitent presque jamais de transmissions donc le suivi est toujours effectué exclusivement par la sage-femme.

### 3. Le suivi alterné : sage-femme/obstétricien

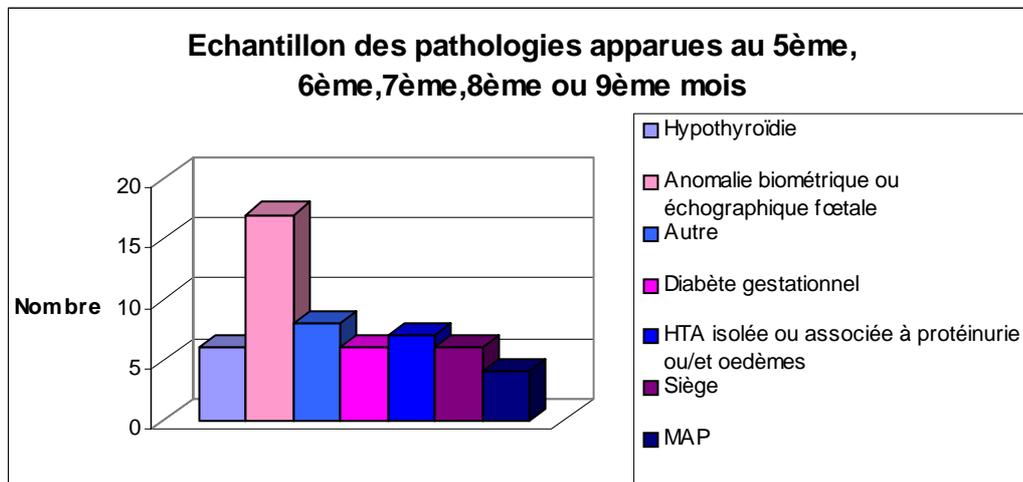
#### a) Pour un antécédent pathologique

### Mois réservés à la sage-femme en cas d'antécédent pathologique

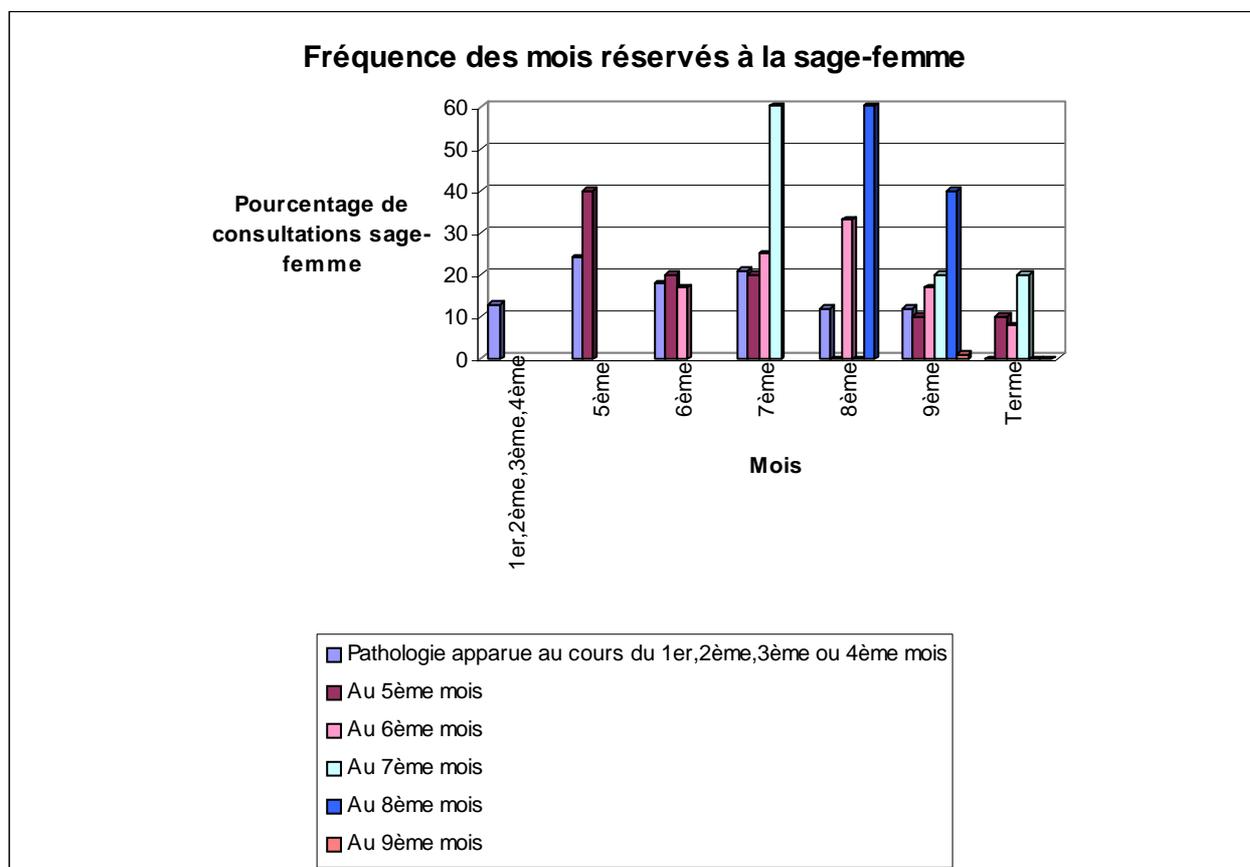


Pour une grossesse avec un antécédent pathologique, les 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> mois semblent réservés à la sage-femme. Pour la fin de la grossesse, on note une diminution des consultations sage-femme.

### b) Pour une pathologie apparue pendant la grossesse



Pour étudier le suivi alterné sage-femme/obstétricien, nous avons sélectionné un échantillon représentatif de ce type de suivi. Les anomalies fœtales échographiques sont les pathologies les plus représentées.

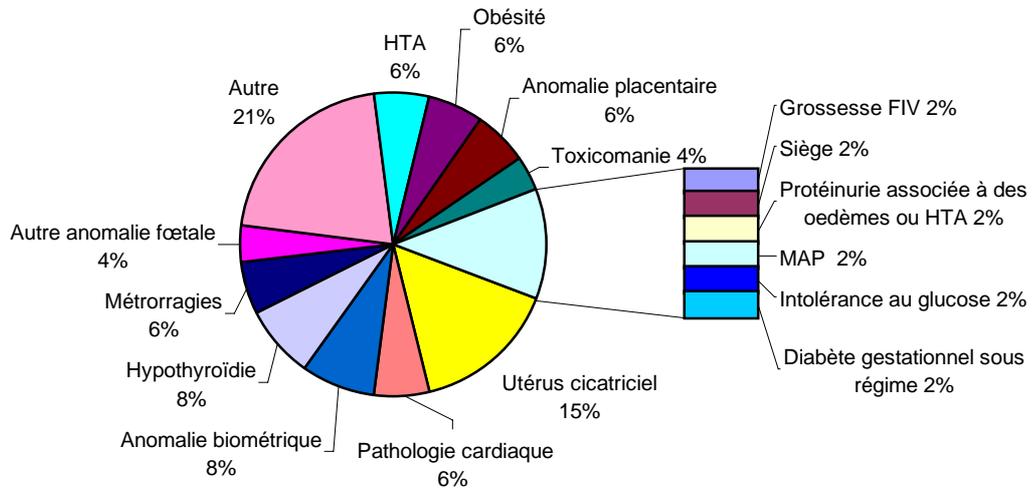


On remarque que quelque soit le mois d'apparition de la pathologie, une baisse du pourcentage de consultations sages-femmes est constatée pour la fin de la grossesse.

Pour une pathologie apparue précocement pendant la grossesse, il semble qu'un suivi alterné un mois la sage-femme puis un mois l'obstétricien soit plus fréquemment instauré.

**c) Pathologies concernées par le suivi alterné**

### Pathologies nécessitant un suivi sage-femme/obstétricien

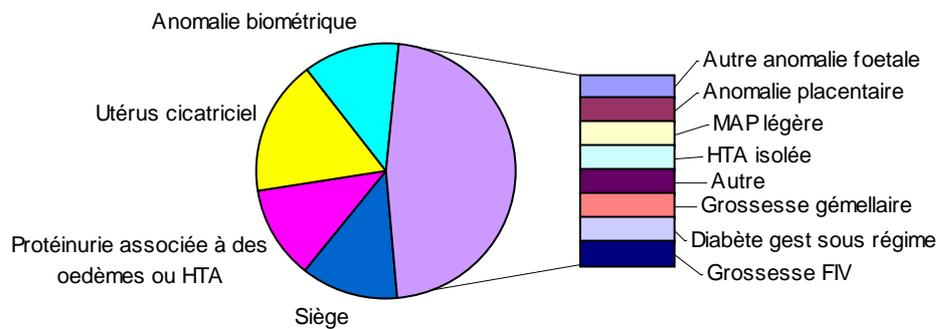


L'utérus cicatriciel (15%) est, nettement, la pathologie antérieure à la grossesse la plus concernée par le suivi alterné.

Pour une pathologie apparue pendant la grossesse, les anomalies biométriques fœtales (8%) et les hypothyroïdies (8%) sont les plus représentées.

### 4. Pathologies concernées par un suivi exclusif de l'obstétricien

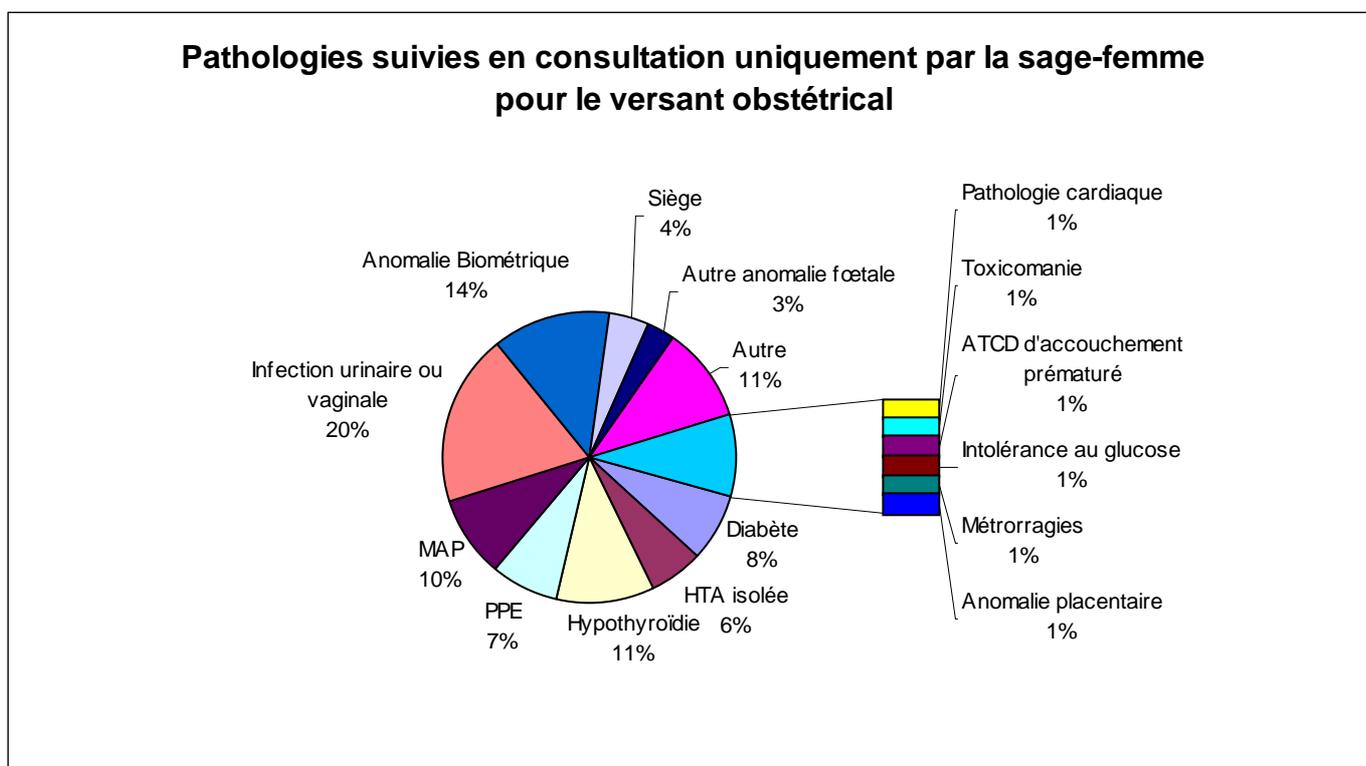
#### Pathologie nécessitant un suivi exclusif de l'obstétricien



Paradoxalement, on retrouve également l'utérus cicatriciel comme pathologie qui nécessite un suivi exclusif de l'obstétricien ; nous étudierons cela au cours de la troisième partie.

A proportion égale, on retrouve ensuite les anomalies biométriques fœtales, les protéinuries associées à des œdèmes et/ou une hypertension artérielle, les siéges.

## 5. Pathologies suivies par la sage-femme



Il est à noter que le diabète suivi par la sage-femme est très majoritairement un diabète gestationnel sous régime : un seul cas de diabète sous insuline recensé et aucun diabète préexistant.

La « petite pathologie » concerne principalement la sage-femme ; en effet, les infections vaginales ou urinaires représentent 20% de sa gestion seule de la pathologie.

On retrouve ensuite les anomalies biométriques fœtales, les hypothyroïdies et les menaces d'accouchements prématurés.

## **1. Représentation qualitative du suivi**

Le taux d'hospitalisation des nouveaux nés en médecine néonatale est de 8% pour notre échantillon. Le taux de complications dans les suites de couches représente 2%. Ce sont des indicateurs de l'influence de la pathologie sur la grossesse donc par extension de la qualité du suivi.

Il est à noter que la majorité des complications en suite de couche n'avaient aucun lien avec le déroulement de la grossesse.

## *Partie 3*

Notre troisième partie sera composée d'une synthèse et d'une analyse des résultats des entretiens, de l'étude sur l'année 2005 et de l'étude sur les 150 dossiers afin de réaliser un état des lieux des pratiques des sages-femmes de consultations.

Nous déterminerons ainsi la part de la pathologie dans l'activité de la sage-femme, les moyens utilisés et le temps nécessaire pour obtenir un avis ou une conduite à tenir pour une grossesse pathologique. Nous déterminerons ensuite les différents modes de suivis et leurs caractéristiques.

Nous concluons cette partie sur une réflexion autour du sujet.

# I. SYNTHÈSE DES TROIS ÉTUDES ET ANALYSE DES RÉSULTATS

## A. **Activité de la sage-femme en consultation**

### 1. **Implication de la pathologie**

Les sages-femmes estiment que le suivi de grossesses pathologiques représente 30 à 40 % de leur activité. Ce chiffre est en concordance avec notre étude sur l'année 2005 : 33% des grossesses suivies par des sages femmes étaient considérées comme pathologiques.

Les critères de notre étude sur 150 dossiers établissaient 72,5 % de grossesses pathologiques, comment expliquer cette différence ?

Contrairement à notre étude, la majorité des sages-femmes et les critères de l'étude sur l'année 2005 n'estiment pas qu'une grossesse incidentée par une infection urinaire ou vaginale, une intolérance au glucose ou une prise de poids excessive puisse être considérée comme pathologique : en les soustrayant, nous aboutissons, tout de même, à 55,9 % de pathologies.

Les 20% restant peuvent s'expliquer par un nombre de critères réduits en ce qui concerne l'étude sur 2005 et une variabilité dans la définition que chaque sage-femme apporte à la pathologie.

En effet, comme nous l'avons démontré précédemment, il est difficile de formuler une définition précise de la pathologie : chaque sage-femme se base sur son expérience, ses connaissances, son vécu. De plus, la frontière entre pathologie et physiologie est parfois floue, il est difficile de déterminer le moment précis où l'on entre dans un processus pathologique.

D'après notre étude sur l'année 2005, le pourcentage de grossesses pathologiques suivies seulement par la sage-femme pour le versant

obstétrical est de 1%, notre étude de dossier démontre une sous estimation avec 32% de l'activité de la sage-femme. Cette différence s'explique également par le choix des critères des deux études.

La gestion de la pathologie fait donc partie intégrante de l'activité de la sage-femme de consultation, ceci nécessite une connaissance pointue de la physiologie afin de déterminer à quel moment la grossesse s'éloigne de la norme, mais également de l'ensemble de la pathologie obstétricale dans le but d'anticiper, de dépister et de prendre en charge les situations à risques.

## **2. Pathologies abordées par la sage-femme en consultation**

Les infections urinaires et vaginales représentent 11,9% des pathologies gérées par la sage-femme. Son droit de prescription lui permet de les traiter ; pour les infections urinaires un antibiogramme est nécessaire. Il est donc évident qu'elle puisse gérer seule cette pathologie.

Les anomalies biométriques fœtale (11,2%), les hypothyroïdies (7,7%) puis les utérus cicatriciels (7,0%) sont, ensuite, les pathologies les plus fréquemment rencontrées par la sage-femme.

Les hypothyroïdies, les utérus cicatriciels faisaient partie des pathologies les plus citées lors des entretiens ; par contre les antécédents de pathologies cardiaques, les grossesses FIV, les diabètes cités fréquemment ne représentent respectivement que 2,8%, 1,4% et 4,9% des pathologies abordées réellement par la sage-femme.

La grande variabilité des pathologies abordées par la sage-femme s'explique par le fait qu'elle est la première à rencontrer la patiente. En effet, une patiente qui désire un premier contact à la maternité est fréquemment orientée vers une sage-femme.

C'est elle qui va déterminer d'après des critères anamnestiques et cliniques, le suivi de la patiente et l'orientation possible vers un suivi exclusif de l'obstétricien.

## **3. Mode de dépistage de la pathologie**

Comme nous l'avons vu précédemment la sage-femme est habituellement le premier praticien que rencontre la femme enceinte qui désire un suivi obstétrical à la

maternité de Nancy. C'est donc, naturellement, par l'anamnèse que la sage-femme dépiste le plus souvent la pathologie et plus particulièrement les antécédents pathologiques.

Les examens de dépistage et de diagnostic systématiques et la clinique détectent les pathologies qui incidentent une grossesse. Les échographies qui identifient la plupart des anomalies fœtales et la prise régulière du poids maternel qui incite, si nécessaire, à des examens biologiques supplémentaires sont les deux examens systématiques les plus révélateurs de pathologies.

Nous notons également une très faible proportion des examens prescrits sans réelle indication (0,8%), ceci dénote une prescription réfléchie de la sage-femme de consultation.

#### **4. Incidence de la pathologie sur le suivi obstétrical**

##### **a) *Les prescriptions de la sage-femme***

Comme nous l'avons vu précédemment, la gestion de la pathologie entraîne un dépassement des compétences des sages-femmes.

En effet, 15,3% de leurs prescriptions n'étaient pas en accord avec la législation. Il n'existe pourtant aucun consensus, au sein de l'unité de consultations de gynécologie et d'obstétrique, autorisant un dépassement des compétences en ce qui concerne les prescriptions de la sage-femme.

##### *(1) En cas d'hypothyroïdie*

Lors de nos entretiens, les sages-femmes affirmaient prescrire les hormones thyroïdiennes dans le cadre de l'hypothyroïdie.

D'après notre étude, les hormones thyroïdiennes représentent la deuxième prescription la plus fréquente en dehors des compétences de la sage-femme, l'hypothyroïdie étant le premier motif.

Dans le cadre d'une hypothyroïdie précédent ou apparue pendant la grossesse, il existe un suivi complémentaire de la pathologie endocrinienne : la patiente est généralement suivie, en alternance, par son médecin généraliste en cas d'hypothyroïdie précédent la grossesse et par un médecin spécialiste de la maternité en cas d'hypothyroïdie gravidique.

Il est également essentiel de préciser que cette prescription est toujours un renouvellement ; la sage-femme ne décide jamais, elle même, d'instaurer ce traitement.

Le but de ce renouvellement est de délivrer à la patiente le traitement nécessaire à sa pathologie, en attente de la prochaine consultation avec le médecin qui la suit en parallèle.

## (2) *L'arrêt de travail*

Les sages-femmes renouvellent couramment un arrêt de travail, c'est la première prescription en dehors des compétences. Cette décision est motivée, en premier lieu, par une fatigue importante de la patiente, fatigue souvent liée à un travail pénible, de longs trajets en automobile ou la présence au foyer de plusieurs enfants en bas âge.

L'apparition de contractions utérines incite, de même, cette prescription par la sage-femme :deux cas seulement sont recensés.L' arrêt de travail est prescrit le plus souvent à titre préventif, il prévient la menace d'accouchement prématuré.

La sage-femme utilise donc habituellement l'arrêt de travail en cas de grossesse non pathologique comme l'indique la loi.

Il est à regretter que le législateur n'est pas suffisamment pris en compte le rôle préventif de la sage-femme en lui offrant la possibilité de renouveler ou de prolonger l'arrêt de travail ; ce dernier limite le risque d'apparition de pathologies dans le but de conserver une grossesse physiologique et donc un suivi exclusif de la sage-femme.

Outre l'aspect préventif, le fait que la sage-femme prescrive, elle même, l'arrêt de travail évite une perte de temps :l'obstétricien a d'autres priorités que de signer un arrêt pour une patiente qu'il n'a même pas vu en consultation.

## (3) *En cas d'infection urinaire*

Notre étude montre seulement deux cas de prescriptions d'antibiotiques sans antibiogramme dans le cadre d'une infection urinaire. La modification de la loi concernant son droit de prescription, a octroyé, à la sage-femme, une autonomie pour la gestion de cette pathologie.

La demande d'un antibiogramme est quasiment systématique en cas d'infection urinaire. Lorsque la sage-femme considère qu'un traitement rapide est nécessaire, elle fait encore parfois appel à l'obstétricien pour la prescription de l'antibiotique.

## **b) Suivi complémentaire à domicile**

Dans le cadre d'une menace d'accouchement prématuré ou d'une surveillance du rythme cardiaque fœtal, la sage-femme décide parfois d'un suivi à domicile par une sage-femme libérale.

Un suivi par la protection maternelle et infantile est demandé en cas de problèmes socio-économiques.

Les conditions socio-économiques sont d'ailleurs incluses comme facteurs de risque obstétrical dans les recommandations du NICE. La consultation prénatale est un moment privilégié pour dépister ces situations à risques ; la sage-femme peut ainsi proposer un suivi adapté et prévenir des pathologies favorisées par l'existence de problèmes socio-économiques.

## **B. Transmission à l'obstétricien**

### **1. Pathologies nécessitant une transmission**

Les sages-femmes de consultations affirment rencontrer peu de difficulté pour transmettre à l'obstétricien une information concernant une patiente ; en effet, en cas de pathologie, l'obstétricien est informé dans 68% des cas.

Les prises de poids excessives, les intolérances au glucose, les infections urinaires et vaginales ne nécessitent presque jamais de transmission ; la sage-femme les gère seule tant qu'il n'y a aucune complication liée.

Certaines pathologies nécessitent une transmission systématique : les utérus cicatriciels et les sièges, le plus souvent afin d'obtenir une conduite à tenir pour l'accouchement, les grossesses obtenues par fécondation in vitro, l'obésité, les diabètes gestationnels traités par insuline, les hypertensions artérielles isolées, les grossesses gémellaires, les anomalies placentaires et autres anomalies fœtales.

En cas d'anomalie biométrique fœtale, la transmission dépend de l'importance de la variation de la mesure échographique par rapport à la norme mais aussi de l'évolution de la croissance fœtale dans le temps : les sages-femmes prescrivent habituellement un contrôle échographique à distance; en fonction du résultat, elles décident ou non d'avertir l'obstétricien.

En cas d'hypothyroïdie, nous observons une différence :si elle préexistait avant la grossesse, l'obstétricien est souvent informé ; si elle est apparue en cours de grossesse, la sage-femme gère seule le côté obstétrical et informe le médecin qui s'occupe de la pathologie endocrinienne.

En cas de diabète gestationnel sous régime, la sage-femme informe l'obstétricien dans 50% des cas.

Lorsqu'elle ne prévient pas l'obstétricien, elle avise systématiquement le médecin nutritionniste.

Nous observons le même phénomène en ce qui concerne les antécédents de pathologies cardiaques ; dans ce cas, la patiente est orientée vers le cardiologue.

La sage-femme est donc en accord avec l'article L4151-3, loi de la santé publique, qui stipule qu'en cas de pathologie maternelle ou fœtale, la sage-femme doit faire appel à un médecin.

Certes elle ne fait pas appel de façon systématique à l'obstétricien mais informe toujours un médecin.

La diversité des spécialités médicales et le nombre de médecins présents à la maternité régionale facilitent la transmission de l'information et permet d'apporter un suivi adapté à la future mère.

## **2. Temps et mode transmission**

Le temps de transmission varie en fonction du moment d'apparition et du caractère urgent de la pathologie. Selon la loi la sage-femme doit transmettre la patiente en cas de pathologie mais il n'y a aucune notion temporelle.

Généralement, l'obstétricien est informé le mois qui suit lorsque la grossesse présente un antécédent pathologique. En effet, il y a rarement un caractère urgent et la patiente sera vue par l'obstétricien le mois suivant. La prise d'un rendez-vous est donc le mode de transmission habituel.

Lorsque l'obstétricien a connaissance du dossier avant quinze jours, il s'agit souvent de décider le ou les praticiens qui poursuivront le suivi obstétrical.

En cas de pathologie apparue pendant la grossesse, l'obtention rapide d'une conduite à tenir est souvent indispensable. Ainsi dans 45% des cas, la sage-femme aura informé l'obstétricien le jour même et dans 71,5% des cas, en moins de quinze jours.

La mise en place du staff facilite, comme le soulignent les sages-femmes, une transmission rapide. Il n'est pourtant pas le mode le plus utilisé : la transmission orale lui est préférée.

L'existence du staff est encore récente, ceci peut expliquer qu'il ne soit pas encore utilisé systématiquement.

De plus, la transmission orale, souvent effectuée entre deux consultations, permet d'obtenir également un avis rapide de l'obstétricien, mais elle doit se limiter aux cas simples .

Pour les situations complexes qui demandent concertation et réflexion, le staff semble plus approprié.

## **B. Les différents modes de suivi obstétrical**

Suite à la découverte d'une pathologie, trois modes de suivis sont possibles, le choix dépend du type de pathologie, de son caractère de gravité et des répercussions sur la mère et l'enfant.

Selon l'étude sur l'année 2005, le suivi en binôme avec l'obstétricien représente 32 % de l'activité de la sage-femme. C'est le type de suivi le plus fréquent (à 67,4%) en cas de grossesse avec un ou plusieurs antécédents pathologiques.

Lorsque la pathologie est apparue pendant la grossesse, soit la sage-femme continue seule le suivi obstétrical (45%), soit un suivi alterné est décidé (31,3%).

Dans les deux situations, la sage-femme peut garder un contact privilégié avec sa patiente et assurer une continuité des soins.

### **1. Caractéristiques du suivi alterné sage femme/obstétricien**

Il est légitime de se demander si l'existe une règle pour la répartition des mois entre la sage-femme et l'obstétricien.

D'après notre étude, on constate une baisse du pourcentage des consultations réalisées par la sage-femme en fin de grossesse si celle-ci présentait une pathologie antérieure ou non.

Il semble que l'obstétricien ait pour mission d'établir la conduite à tenir pour l'accouchement. En effet, l'utérus cicatriciel représente la pathologie la plus concernée par un suivi alterné.

Par contre, l'étude démontre qu'il n'y a pas de consensus pour la répartition des mois, nous aurions pu nous attendre à un suivi : un mois la sage-femme puis un mois l'obstétricien mais ce type précis de suivi ne se met en place que pour des cas particuliers comme les toxicomanies (4% des cas).

En fait, la répartition des mois se déroule parfois en fonction des répercussions de la pathologie sur la grossesse : si la pathologie est stabilisée ou corrigée, la patiente peut retourner avec la sage-femme et ne reverra l'obstétricien qu'en cas de nouvelle altération de l'état de santé de la mère ou du fœtus. Ce système est utilisé, par exemple, en cas d'anomalies biométriques fœtales qui représentent 8% des pathologies concernées par un suivi alterné.

On peut toutefois s'étonner que le quatrième mois ne soit pas plus souvent dévolu à la sage-femme, il représente seulement 10% de ses consultations lorsque la grossesse présente un antécédent pathologique. C'est pourtant normalement le mois consacré à l'entretien prénatal.

Les autres pathologies les plus fréquemment rencontrées, en cas de suivi alterné, sont l'obésité, les hypothyroïdies, les métrorragies, les hypertensions artérielles isolées, les pathologies cardiaques et les anomalies placentaires.

## **2. Pathologies nécessitant un suivi exclusif de l'obstétricien**

L'utérus cicatriciel est la pathologie la plus représentée avec 17%. C'est également la pathologie la plus fréquente en cas de suivi alterné.

Le choix de suivre ou non cette grossesse dépend des pratiques de chaque sage-femme, la plupart d'entre elles ne suivent une patiente présentant un utérus cicatriciel que si elles possèdent le compte-rendu opératoire de la césarienne, d'autres uniquement si la césarienne a été effectuée à la maternité régionale.

On retrouve également les anomalies biométriques et les protéinuries associées à des œdèmes et/ou de l'hypertension. La décision d'un suivi exclusif de l'obstétricien est alors fonction de la gravité de la pathologie.

Enfin, pour les sièges qui représentent 11%, l'obstétricien reçoit la patiente à la consultation du 9<sup>ème</sup> mois pour déterminer la conduite à tenir pour l'accouchement, donc il arrive que la patiente ne revoie pas la sage-femme.

### **3. Pathologies suivies uniquement par la sage-femme pour le versant obstétrical**

Les infections vaginales ou urinaires (20%) sont les pathologies les plus couramment traitées par la sage-femme. Bien que nous ne pouvons nier leur caractère pathologique, elles font entièrement partie des compétences de la sage-femme : leurs thérapeutiques sont comprises dans son droit de prescription.

Les anomalies biométriques représentent 14% des pathologies gérées uniquement par la sage-femme : ces anomalies sont généralement des inflexions modérées de la courbe de croissance fœtale avec un rétablissement à la normale au contrôle échographique suivant ou des fœtus avec une ou deux mensurations limites (aux 10<sup>ème</sup> ou 90<sup>ème</sup> de percentile) mais à la croissance régulière.

La troisième pathologie suivie par la sage-femme pour le versant obstétrical est l'hypothyroïdie avec 11%. Comme nous l'avons vu précédemment, un suivi complémentaire avec un médecin est indispensable pour la gestion de cette pathologie.

Les menaces d'accouchements prématurés qui représentent 11% sont des menaces modérées le plus souvent après 34 SA. Le traitement est le repos à domicile avec un antispasmodique.

Nous pouvons donc affirmer que c'est le « petite pathologie » qui concerne un suivi médical unique de la sage-femme.

En cas de diabète (8%), d'hypothyroïdie et d'hypertension artérielle isolée (6%), elle gère le versant obstétrical et la pathologie est suivie par un médecin spécialiste.

La sage-femme fait appel à l'obstétricien si la pathologie n'est pas équilibrée ou si elle se complique.

## **II. REFLEXIONS AUTOUR DU SUJET**

La gestion fréquente de la pathologie par les sages-femmes a entraîné une certaine uniformité dans leurs pratiques même s'il reste tout de quelques disparités.

Serait-il possible d'appliquer les critères néerlandais pour simplifier la décision du suivi obstétrical de la patiente ?

Le staff a réellement facilité le travail des sages-femmes qui avaient des difficultés à passer le relais en cas de pathologie, sa restructuration en 2005 permet une meilleure coordination entre praticiens. Quelles autres améliorations pouvons nous proposer ?

### **A. Comparaison entre les critères néerlandais et les pratiques à la Maternité Régionale de Nancy pour les pathologies**

Les pathologies de notre étude, ne sont pas toutes transposables aux recommandations néerlandaises, du fait de différences dans le choix des critères. Nous n'en citerons donc que quelques unes.

Selon les critères néerlandais, l'utérus cicatriciel peut relever soit de l'obstétricien soit de la sage-femme, cela dépend du terme auquel a été réalisée la césarienne. Notre étude a montré que l'utérus cicatriciel relevait de l'obstétricien ou d'un suivi alterné mais jamais d'un suivi seul de la sage-femme. De plus, le choix en fonction du terme n'est pas évoqué.

L'hypothyroïdie est du ressort, selon l'incidence de la pathologie, de la sage-femme ou de l'obstétricien selon les critères néerlandais.

A la maternité régionale, la sage-femme suit aussi seule l'hypothyroïdie s'il n'y a pas de complications associées.

La présentation du siège doit être gérée uniquement par l'obstétricien selon les critères néerlandais. Même si notre étude démontre une prise en charge fréquente par l'obstétricien, le suivi alterné et le suivi de la sage-femme sont également utilisés.

Finalement, en étudiant le cas de l'infection urinaire, nous notons une analogie entre les recommandations néerlandaises et notre étude : c'est à dire un suivi sage-femme fréquent.

Même s'il existe des similitudes pour la décision du suivi, les critères néerlandais sont difficilement transposables, sous cette forme, aux pratiques de la Maternité de Nancy.

Il serait cependant intéressant de les adapter, afin de mettre en place une procédure qui fournirait un arbre décisionnel déterminant le type de suivi et ses différents acteurs.

## **B. Propositions**

### **1. Tenir compte de la tendance actuelle**

Les sages-femmes ont trouvé leur place en consultation, elles ont enfin le rôle qui leur est dévolu ; à savoir le suivi complet et autonome de grossesses physiologiques.

La pathologie est orientée préférentiellement vers l'obstétricien qui est le praticien le plus qualifié pour ce suivi spécifique.

### **2. Favoriser la formation continue des sages-femmes de consultations**

Avec les nouveaux droits de prescriptions octroyés aux sages-femmes, il est indispensable de mettre à jour ses connaissances pour apporter un suivi de qualité aux patientes.

De plus la gestion de la pathologie nécessite une connaissance pointue de l'obstétrique, la formation continue est donc essentielle.

### **3. Proposer des évaluations ponctuelles des pratiques**

La mise en place d'évaluations ponctuelles, offrirait une vue d'ensemble des pratiques et de leurs évolutions ; ceci afin d'analyser, de modifier et d'améliorer le suivi des patientes, mais également d'aider les différents praticiens dans leurs pratiques en leur apportant un éclairage sur les prises en charges les plus adaptées.

### **4. Favoriser l'hyperspécialisation des médecins**

Toutes les pathologies n'ont pas de médecins référents spécialisés dans un domaine précis, la sage-femme ne sait donc pas toujours vers quel médecin se diriger lorsqu'elle a besoin d'un avis sur un cas clinique compliqué qui nécessite une connaissance approfondie de la pathologie concernée. Par exemple, il n'existe pas de médecin spécialisé en toxicomanie à la Maternité Régionale.

Il serait donc judicieux de favoriser cette hypermédicalisation pour améliorer la prise en charge de la pathologie, et faciliter la transmission et la gestion de celle-ci.

## *Conclusion*

Le nombre de consultations prénatales effectuées par les sages-femmes a doublé en quatre ans à la Maternité Régionale de Nancy. La physiologie reste la part la plus importante de son activité, mais la sage-femme est de plus en plus confrontée à la gestion de la pathologie.

Des structures, comme le staff, ont été mises en place pour faciliter la transmission rapide d'une patiente à l'obstétricien ; le staff permet également l'obtention d'une conduite à tenir ou d'un avis dans un bref délai.

On distingue quatre modes de suivi obstétrical distincts à la découverte d'une pathologie : un suivi effectué par la sage-femme seule dans le cas de « petites pathologies », un suivi obstétrical réalisé par la sage-femme en binôme avec un médecin spécialiste de la pathologie non obstétricale, un suivi sage-femme et médecin alternés ou un suivi exclusif de l'obstétricien .

Même s'il n'existe pas de procédure définie, le choix du suivi est décidé en fonction du type de pathologie, de sa répercussion sur la grossesse et de sa gravité.

La présence de médecins spécialisés permet ainsi à la sage-femme de continuer à accompagner une patiente dans le cadre d'une pathologie tout en respectant la législation et en assurant un suivi complet et de qualité.

La physiologie doit rester la part la plus importante de l'activité de la sage-femme, c'est l'essence même de sa profession. Il faut donc rester prudent pour éviter un risque de dérive vers une gestion quotidienne de la pathologie.

# BIBLIOGRAPHIE

## OUVRAGES

1/ **Dictionnaire des termes de médecine 26<sup>ème</sup> édition GARNIER DELAMARE**

2/ **Grand Larousse Encyclopédique LIBRAIRIE LAROUSSE**

## PARUTIONS

3/ **« Comment mieux informer les femmes enceintes ? »  
recommandations pour les professionnels de santé H.A.S. avril 2005**

4/ **Anténatal care : routine care for the healthy pregnant woman NICE  
2003**

5/ **Prescrire : une liberté surveillée M.BOUILLOU**

6/ **Rôle des sages-femmes dans les soins périnataux B.BLONDEL**

7/ **Ambiguïté du statut de la sage-femme C.SEGUIN**

8/ **Déclaration de la grossesse...quoi de neuf ? M.NADJAFIZADEH**

9/ **Les modifications des conditions légale d'exercice de la profession  
de sage-femme CONTACT SAGES-FEMMES N°5**

10/ **Les modifications législatives CONTACT SAGES-FEMMES N°8**

11/**De nouveaux droits de prescriptions** CONTACT SAGES-FEMMES  
N°10

12/**Sage-femme et médecin : la fidélité chaotique d'un couple** LES  
DOSSIERS DE L'OBSTETRIQUE N°276

13/**La consultation prénatale par une sage-femme** A.CLIN LES  
DOSSIERS DE L'OBSTETRIQUE N°301

14/**La sage-femme et la consultation prénatale : enquête nationale sur  
la consultation prénatale** F.TEURNIER LES DOSSIERS DE L'OBSTETRIQUE  
N°301

15/**Place de la clinique dans la surveillance obstétricale** PROFESSION  
SAGE-FEMME N°100

16/**Guide de surveillance de la grossesse** COLLEGE NATIONAL DES  
GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS

17/**Midwives under the fire** K.AGRAJU

## TEXTES LEGISLATIFS

18/**Arrêté du 12 octobre 2005 fixant la liste des médicaments que  
peuvent prescrire les sages-femmes** JO N°260 du 8 novembre 2005

19/ **Code de la santé publique**

20/ **Code de déontologie des sages-femmes**

21/**Code de la sécurité sociale**

## SITES INTERNET

22/ [www.psychobiologie.ouvaton.org](http://www.psychobiologie.ouvaton.org)

23/ [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

24/ [www.consultationsprenatales.org](http://www.consultationsprenatales.org)

# ANNEXES





# ANNEXE 1

## Critères de l'étude de dossiers

Nombre de consultations obstétricales à la MRAP ? \_\_\_\_\_

Grossesse suivie intégralement par la sage-femme pour le versant obstétrical?   
oui  non

Dans le cas d'un suivi sage-femme / médecin, quels mois sont réservés à la sage-femme ?

1<sup>er</sup> mois  2<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup>  4<sup>ème</sup>  5<sup>ème</sup>  6<sup>ème</sup>  7<sup>ème</sup>  8<sup>ème</sup>  9<sup>ème</sup>

Grossesse d'évolution normale pendant le suivi sage-femme ?  oui  non

## Grossesse présentant une pathologie antérieure ou incidentée par l'apparition d'une pathologie

Pathologie antérieure à la grossesse ?  oui  non

\*Laquelle :  Pathologie cardiaque  Antécédent mort fœtale in utéro  Utérus cicatriciel  Grossesse FIV  Toxicomanies  Diabète préexistant  HTA  Hypothyroïdie  Obésité  Antécédent d'accouchement prématuré  ATCD toxémie  Autre

\*Par quel moyen a été dépistée cette pathologie ?  par l'anamnèse  
 lors d'une consultation grâce à la clinique  
 lors d'un examen de dépistage  
ou de diagnostic systématique  lors d'un examen non systématique prescrit sans indication  par une autre personne que la sage-femme (obstétricien, médecin généraliste,...)

\*Temps de transmission de l'information à partir de la prise de conscience de la pathologie par la sage-femme ?

le jour même  moins de 15 j  entre 15j et 45j  plus de 45j

\*Mode de transmission :  staff  écrit  oral  inconnu  prise de rendez-vous  hospitalisation/patugo

\*Suivi obstétrical à partir de la détection de la pathologie :  sage-femme et obstétricien  sage-femme uniquement  obstétricien uniquement

**Pathologie apparue pendant la grossesse ?**       oui    non

**Pathologie 1**       MAP légère    Intolérance au glucose    HTA isolée     
Hypothyroïdies    Protéinurie associée à des œdèmes ou HTA    Métrorragies     
Infection urinaire ou vaginale    siège    Grossesse gémellaire    DCIU    Macrosomie     
Autre anomalie fœtale    Autre

\*Par quel moyen a été dépistée cette pathologie ?       par l'anamnèse  
 lors d'une consultation grâce à la  
clinique  
 lors d'un examen de dépistage  
ou de diagnostic systématique  
 lors d'un examen non  
systématique prescrit sans indication  
 par une autre personne que la  
sage-femme (obstétricien, médecin généraliste,...)

\*A quel mois de grossesse est apparue la pathologie ?  
 1<sup>er</sup> mois    2<sup>ème</sup>    3<sup>ème</sup>    4<sup>ème</sup>    5<sup>ème</sup>    6<sup>ème</sup>    7<sup>ème</sup>    8<sup>ème</sup>    9<sup>ème</sup>

\*Temps de transmission de l'information à partir de la prise de conscience de la  
pathologie par la sage-femme ?  
 moins de 15 j    entre 15j et 45j    plus de 45j

\*Mode de transmission :       staff    écrit    oral    inconnu    prise de rendez-vous  
 hospitalisation/patugo

\*Suivi obstétrical à partir de la détection de la pathologie :    sage-femme et obstétricien  
 sage-femme uniquement    obstétricien uniquement    Hospitalisation ou  
accouchement

**Pathologie 2**       MAP légère    Intolérance au glucose    HTA isolée     
Hypothyroïdies    Protéinurie associée à des œdèmes ou HTA    Métrorragies     
Infection urinaire ou vaginale    siège    Grossesse gémellaire    DCIU    Macrosomie     
Autre anomalie fœtale    Autre

\*Par quel moyen a été dépistée cette pathologie ?       par l'anamnèse  
 lors d'une consultation grâce à la  
clinique  
 lors d'un examen de dépistage  
ou de diagnostic systématique  
 lors d'un examen non  
systématique prescrit sans indication  
 par une autre personne que la  
sage-femme (obstétricien, médecin généraliste,...)

\*A quel moi de grossesse est apparue la pathologie ?

1<sup>er</sup> mois  2<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup>  4<sup>ème</sup>  5<sup>ème</sup>  6<sup>ème</sup>  7<sup>ème</sup>  8<sup>ème</sup>  9<sup>ème</sup>

\*Temps de transmission de l'information à partir de la prise de conscience de la pathologie par la sage-femme ?

moins de 15 j  entre 15j et 45j  plus de 45j

\*Mode de transmission :  staff  écrit  oral  inconnu  prise de rendez-vous  
 hospitalisation/patugo

\*Suivi obstétrical à partir de la détection de la pathologie :  sage-femme et obstétricien  
 sage-femme uniquement  obstétricien uniquement  Hospitalisation ou accouchement

**Y a-t-il eu un suivi par une sage-femme à domicile ?**  oui  non

Ce suivi a été décidé par :  la sage-femme  l'obstétricien  autre

Motif de ce suivi :  Problèmes socio-economiques  Surveillance monitoring  
 surveillance TA  Autre

### **Prescriptions de la sage-femme dans le cadre d'une grossesse présentant une pathologie :**

Prescription qui n'est pas comprise dans les compétences de la sage-femme ?   
oui  non

Classe pharmaceutique du médicament ?  Hormones thyroïdiennes  Antibiotiques sans antibiogramme  Arrêt de travail  Autre

Pour quelle pathologie, cette prescription est-elle destinée ?  Hypothyroïdie   
Infection urinaire  Fatigue très importante  Autre

## **ANNEXE 2**

### **Questionnaire entretiens**

#### **Définition d'une grossesse pathologique :**

A quel moment définissez-vous une grossesse comme pathologique ?

Quelle type de pathologie considérez-vous ne pas entrer dans la définition d'une grossesse pathologique ?

#### **Activité de la sage-femme en consultation :**

Depuis combien d'années exercez-vous en consultation ?

Suivez-vous uniquement des grossesses physiologiques ?

Si vous suivez parfois des grossesses pathologiques :

Nombre par an, par mois ?

Quels pathologies suivez-vous parfois ?

Dans ces cas, faites-vous appel à une sage-femme libérale pour un suivi complémentaire à domicile ?

#### **Motif de prise en charge :**

Pourquoi prenez-vous parfois en charge des grossesses pathologiques ou qui le deviennent : manque de médecins, difficulté de transmettre la patiente, choix dans la continuité des soins, ... ?

Comment cela se passe-t-il : alternance des consultations avec le médecin, changement complet de praticien, ... ?

Continuez-vous tout de même à vous informer sur le suivi de la grossesse ? Pourquoi ?

#### **La transmission de la patiente au médecin :**

Lorsque vous considérez qu'une grossesse est pathologique, que faites-vous ?

Quels sont les moyens utilisés pour transmettre la patiente : staff, communication orale ou écrite ? Cela vous convient-il ? Y a-t-il des inconvénients, lesquels ?

Quel est le délai, en moyenne, de transmission de la patiente ?

Pouvez-vous facilement confier une patiente à un médecin ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?

### **Les prescriptions :**

Par rapport à l'élargissement des prescriptions, quels sont, pour vous, les avantages, les inconvénients ? Ont-ils tous un intérêt ?

Quels médicaments, selon vous, ne tiennent pas du rôle de la sage-femme ?

La prescription est-elle faite sous votre nom, celui d'un médecin, celui de l'établissement ?

### **Risque médico-légal :**

Craignez-vous un risque médico-légal ? dans quel cas ?

Pensez-vous parfois outre-passer vos compétences ?

\*prescription de médicaments ? Lesquels ? Comment contournez-vous cela ?

\*suivi général d'une grossesse ?

\*examens biologiques ?

\*conduites à tenir ?

Les patientes connaissent-elles les limites de vos compétences ?

N'y a-t-il pas parfois confusion entre la sage-femme et l'obstétricien ?

### **Conclusion :**

Pensez-vous que le rôle de sage-femme en consultation soit inconfortable ? Pourquoi ?

Quelles améliorations proposez-vous ?

# ANNEXE 3

RPC 2003 - Information aux femmes enceintes

## Annexe 1. Comment définir une femme enceinte à bas risque obstétrical ?

Les critères qui permettent de définir les niveaux de risque sont proposés à titre indicatif. Il s'agit de ceux du NICE (6) (tableau 1) et des critères néerlandais « *Verloskundig Vademecum* » (tableau 2). Pour être utilisés en France, un travail complémentaire d'adaptation est nécessaire.

Tableau 1 : Facteurs de risque obstétrical selon le NICE (6).

ATCD familiaux <ul style="list-style-type: none"><li>• Anomalies génétiques</li><li>• Maladies génétiques</li><li>• Malformation</li><li>• Maladie</li></ul>	ATCD personnels <ul style="list-style-type: none"><li>• DNID, DID</li><li>• HTA</li><li>• Obésité &gt; IMC &gt; 30</li><li>• Âge maternel avancé</li><li>• Maladie thrombo-embolique</li><li>• Épilepsie</li><li>• Néphropathie, uropathie</li><li>• Maladies auto-immunes</li><li>• Cardiopathie</li></ul>
ATCD personnels gynécologiques <ul style="list-style-type: none"><li>• Facteur de risque de GEU</li><li>• DES syndrome</li><li>• Malformations utéro-vaginales</li><li>• Chirurgie cervico-utérine (conisation)</li></ul>	ATCD personnels obstétricaux <ul style="list-style-type: none"><li>• IU récidivantes</li><li>• Mort fœtale inexpliquée</li><li>• Avortement tardif</li><li>• Accouchement prématuré</li><li>• HTA, pré-éclampsie</li><li>• RCIU</li><li>• Malformations congénitales</li><li>• Incompatibilité fœto-maternelle</li><li>• Diabète gestationnel</li></ul>
Facteurs de risque <ul style="list-style-type: none"><li>• Environnement socio-économique défavorable, pratique de métiers à risque avec une exposition à des agents avérés toxiques pour la reproduction (sérigraphies, peintres, vernis, contact avec des solvants, glycol, etc.)</li><li>• Toxicomanie, tabagisme, alcoolisme</li></ul>	

Une femme enceinte est considérée à bas risque obstétrical devant l'absence d'un ou plusieurs des facteurs listés dans le tableau ci-dessous traduit des recommandations du NICE (NICE) intitulées « *Antenatal care : routine care for the healthy pregnant woman* » publiées en octobre 2003 (6) ».

ANAES / Service recommandations professionnelles / avril 2005

118

Tableau 2. Critères définissant les niveaux de risque obstétrical traduits et adaptés des critères néerlandais « *Verloskundig Vademecum* ».

<b>1. Pathologie préexistante – non gynécologique</b>		
1.1	Épilepsie non traitée	A
1.2	Épilepsie traitée	B
1.3	Hémorragie sub-arachnoïdienne, anévrisme	C
1.4	Sclérose en plaques	B
1.5	Hernie discale	A/C
1.6	Pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B
1.7	Asthme	A/C
1.8	Tuberculose traitée	C
	Antécédent de tuberculose	A
1.9	Infection par le VIH	C
1.10	Hépatite B : portage antigène HBs	A
1.11	Hépatite C	B
1.12	Pathologie cardiaque avec retentissement hémodynamique	C
1.13	Thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire	B
1.14	Anomalies de la coagulation	C
1.15	Anomalies rénales (avec incidence sur la fonction rénale)	C
1.16	Hypertension artérielle	C
1.17	Diabète	C
1.18	Affections thyroïdiennes (hyper ou hypothyroïdie)	
	– hyperthyroïdie, selon la pathologie	A/C
	– hypothyroïdie, selon la pathologie	A/C
1.19	Hémoglobinopathie	B
1.20	Maladie inflammatoire digestive	C
1.21	Maladie de système et maladies rares (Addison, Cushing, LEAD, SAPL, sclérodermie, arthrite rhumatoïde, Marfan, etc.)	C
1.22	Usage de drogues dures (héroïne, méthadone, cocaïne, XTC et autres)	C
1.23	Alcoolisme	C
1.24	Maladies psychiatriques	B
<b>2. Pathologies gynécologiques préexistantes</b>		
2.1	Reconstruction pelvienne	C/A
2.2	Amputation cervicale	C
	Conisation	B
	Cryothérapie et résection à l'anse	A
2.3	Myomectomie	C/A
2.4	Cytologie cervicale anormale	B/A
2.5	DES syndrome	B
2.6	DIU en place	B
	Grossesse survenue après élimination DIU	A
2.7	Grossesse après traitement de l'infertilité	A
2.8	Anomalie pelvienne (traumatisme, disjonction symphysaire, rachitisme)	B
2.9	Excision/grave anomalie anatomique	A/B
<b>3. Antécédents obstétricaux</b>		
3.1	Incompatibilité fœto-maternelle	C
	Incompatibilité ABO	A

3.2	Hypertension gravidique au cours de la grossesse précédente (Pré)éclampsie/syndrome de HELLP au cours de la grossesse précédente	A B
3.3	Fausses couches répétées	A
3.4*	Accouchement prématuré (< 37 semaines) grossesse précédente	C
	Accouchement prématuré (< 33 semaines) grossesse précédente	A
	Accouchement prématuré (≥ 33 semaines) grossesse précédente	A
3.5	Béance cervicale et/ou cerclage, selon la pathologie	C/A
3.6	Décollement prématuré du placenta	C
3.7	Forceps ou ventouses	A
3.8*	Césarienne, selon le terme	A/C
3.9*	Dysmaturité (retard de croissance intra-utérine)	C
3.10	Asphyxie	B
3.11	Mort périnatale	B
3.12	Enfant précédent présentant une anomalie congénitale et/ou génétique	B
3.13	Hémorragie <i>post-partum</i> à la suite d'une épisiotomie	A
3.14	Hémorragie <i>post-partum</i> à la suite d'une rupture cervicale (constatée cliniquement)	D
3.15	Hémorragie <i>post-partum</i> sévère (> 1 000 cc), autres causes	D
3.16	Antécédent de délivrance artificielle, selon la pathologie	D/C
3.17	Déchirure complète (rétablissement fonctionnel/pas de rétablissement fonctionnel)	A/C
3.18	Disjonction symphysaire	A
3.19	Dépression postnatale	A
3.20	Psychose postnatale	A
3.21	Grande multipare	A
3.22	Terme dépassé	A
<b>4. Pathologie apparue/constatée pendant la grossesse</b>		
4.1	Datation incertaine en cas de grossesse à partir de 22 semaines	A/B
4.2	Anémie, Hb < 5,6 mmol/l	B
4.3	Infection urinaire pendant la grossesse	A
	Infections urinaires récurrentes pendant la grossesse	B
4.4	Pyélonéphrite	C
4.5	Toxoplasmose, diagnostic et thérapie	C
4.6	Rubéole	C
4.7	Infection à cytomégalovirus	C
4.8	Herpès génital (primo-infection)	C
	Herpès génital (récidive) selon la pathologie	A/C
	Herpès labial	A
4.9	Infection à parvovirus	C
4.10	Varicelle/zona	B
4.11	Hépatite B - portage antigène HBs	A
4.12	Hépatite virale A, B, C, D ou E	B
4.13	Tuberculose	C
4.14	Infection VIH	C
4.15	Syphilis :	
	- sérologie positive et traitée	A
	- sérologie positive pas encore traitée	B
	- primo-infection	C
4.16	Hernie discale apparue pendant la grossesse	B
4.17	Cytologie cervicale PAP III ou plus élevée	C/A
4.18	Laparotomie pendant la grossesse	B
4.19	Prise de médicaments	A/B

4.20	Toxicomanie drogues dures (héroïne, méthadone, XTC et autres)	C
4.21	Alcoolisme	C
4.22	Maladies psychiatriques (névroses/psychoses)	A/C
4.23	Vomissements gravidiques	C
4.24	Grossesse extra-utérine	C
4.25	Diagnostic prénatal	C
4.26	Perte de liquide amniotique (< 37 SA)	C
4.27	Diabète	C
	Diabète gestationnel	A
4.28	Hypertension artérielle gravidique, selon les chiffres tensionnels	A/B/C
4.29	Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	C
4.30	Incompatibilité fœto-maternelle	C
4.31	Thrombose veineuse profonde	C
4.32	Troubles de la coagulation	C
4.33	Pertes de sang persistantes avant 16 semaines	B
4.34	Pertes de sang après 16 semaines	C
4.35	Décollement prématuré du placenta	C
4.36	Suspicion de retard de croissance fœtale	B
4.37	Suspicion de dystocie (disproportion fœto-pelvienne)	B
4.38	Dépassement de terme	C
4.39	Menace d'accouchement prématuré	C/A
4.40	Béance cervicale	C
4.41	Instabilité pelvienne	A
4.42	Grossesse multiple	C
4.43	Présentation anormale à terme (dont présentation par le siège)	C
4.44	Présentation non engagée à terme, présentation haute	B
4.45	Grossesse non suivie (± à terme)	A
4.46	Nouveau-né prévu pour l'adoption	A
4.47	Mort fœtale	C
4.48	Utérus myomateux	B
<b>5. Pathologie apparue pendant l'accouchement</b>		
5.1	Présentation anormale de l'enfant	C
5.2	Signes de détresse fœtale	C
5.3	Mort fœtale pendant l'accouchement	C
5.4	Non-déclenchement de l'accouchement après rupture de la poche	C
5.5	Stagnation de la dilatation	B
5.6	Stagnation à la phase d'expulsion	C
5.7	Perte de sang excessive pendant l'accouchement	C
5.8	Décollement prématuré du placenta	C
5.9	Vaisseaux praevia	C
5.10	Rétention complète (ou partielle) du placenta	C
5.11	Déchirure complète	C
5.12	Liquide amniotique contenant du méconium	C
5.13	Fièvre	C
5.14	Médication contre la douleur/sédation	B
5.15	Hématome vulvaire	C
5.16	Symphysiolyse	B
5.17	Grossesse non suivie avant l'accouchement	C

6. Pathologie de la période postnatale		
6.1	Pré-éclampsie, (suspicion de) syndrome de HELLP	C
6.2	Thrombose veineuse profonde	C
6.3	Psychose	B
6.4	Saignements vaginaux anormaux	C
6.5	Indication d'hospitalisation pour le nouveau-né	C

La liste des 125 critères néerlandais « *Verloskundig Vademecum* », regroupés en 6 groupes principaux permet de définir les niveaux de soins à partir d'une sélection du risque obstétrical et de préciser le professionnel de santé le plus adapté à la prise en charge de la femme enceinte. Ces critères ont été traduits du « *Verloskundig Vademecum* » néerlandais élaboré de manière consensuelle par et pour les professionnels de santé. Ils sont proposés à titre indicatif. Pour utiliser ce modèle organisationnel en France, un travail complémentaire d'adaptation est nécessaire.

- La colonne de gauche correspond aux numéros de classement des pathologies.
- La colonne du milieu correspond à la description des pathologies.
- La colonne de droite précise le professionnel de santé le plus adapté pour la prise en charge : le code A correspond aux pathologies en cours de grossesse qui peuvent relever du professionnel dit de 1<sup>re</sup> ligne (sage-femme ou médecin généraliste) ; le code B correspond aux pathologies nécessitant une concertation entre la sage-femme ou le médecin généraliste de 1<sup>re</sup> ligne et l'obstétricien de 2<sup>e</sup> ligne, dont découlera une décision consensuelle commune quant aux modalités de prise en charge ; le code C correspond à la nécessité d'une prise en charge par un obstétricien de 2<sup>e</sup> ligne ; le code D correspond à des grossesses dont les soins obstétricaux en cours de grossesse peuvent être de 1<sup>re</sup> ligne mais où l'accouchement doit avoir lieu en milieu spécialisé (grossesse normale et accouchement avec facteurs de risque ou potentiellement pathologique).

Monsieur Romain LEGRAND  
Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme  
Promotion 2002-2006

Ecole de Sages-femmes  
Albert FRUHINSHOLZ  
NANCY

**INTITULE** : PRATIQUES DES SAGES-FEMMES DE  
CONSULTATIONS A LA MATERNITE A.PINARD :  
Entre physiologie et pathologie

### **RESUME**

La politique de l'unité de consultations de gynécologie et d'obstétrique de la Maternité Régionale A.Pinard encourage vivement le suivi prénatal effectué par les sages-femmes.

Le nombre croissant de leurs consultations les confronte fréquemment à la pathologie.

Notre étude se propose de réaliser un état des lieux des pratiques des sages-femmes de consultations et de déterminer les différentes modalités de prise en charge en cas de grossesse pathologique.

Il est donc nécessaire de rappeler les compétences de la sage-femme et sa position juridique face à la pathologie.

### **MOTS CLES** :

Pathologie  
Consultations  
Prescriptions  
Compétences  
Transmission

