

Faculté de Médecine
Ecole de Sages-Femmes

Diplôme d'Etat de Sage-femme
2016-2017

CONNAISSANCES DES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE

Présenté et soutenu publiquement le 10 mai 2017
par

Anne-Laure ROCHE

Directeur : Pr Daniel Buchon, Directeur du département de médecine générale de la faculté de médecine de Limoges

Guidant : Marie-Noëlle Voiron, Directrice de l'école de sages-femmes de Limoges



Remerciements

A ma guidante de mémoire, Mme Marie-Noëlle Voiron, pour sa disponibilité, son écoute, ses relectures attentives et l'intérêt porté à mon travail.

A mon directeur de mémoire, Mr le Pr Daniel Buchon, pour ses conseils et son aide dans la réalisation de l'étude.

A toutes ces sages-femmes passionnées qui m'ont appris mon métier.

A mes amies de promotion sans qui ces années d'études n'auraient pas été pareilles.

Merci plus particulièrement à Marine, mon binôme, pour son amitié, sa joie de vivre et son soutien sans faille autant personnel que professionnel.

Enfin, merci à ma famille, mes parents et ma sœur, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Remerciements	2
Droits d'auteurs	3
Table des matières	4
Table des illustrations	6
Abréviations	7
INTRODUCTION	8
INTERNES DE MEDECINE GENERALE ET COMPETENCES DES SAGES-FEMMES	10
1. PARCOURS DE L'INTERNE DE MEDECINE GENERALE	10
1.1. Jusqu'à l'internat	10
1.2. Pendant l'internat	10
2. COMPETENCES DES SAGES-FEMMES	11
MATERIEL ET METHODE	13
1. TYPE D'ETUDE	13
2. POPULATION ETUDIEE	13
3. OUTILS DE L'ETUDE	13
4. ANALYSE DES DONNEES	14
RESULTATS	15
1. TAUX DE REPONSES	15
2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	15
2.1. REPARTITION DE LA POPULATION SUIVANT L'ANNEE D'ETUDE	15
2.2. REPARTITION DE LA POPULATION SELON LE SEXE	16
2.3. REPARTITION DE LA POPULATION SELON L'AGE	16
2.4. REPARTITION DE LA POPULATION SUIVANT LA PARTICIPATION A UN STAGE EN OBSTETRIQUE	16
2.5. REPARTITION DE LA POPULATION SELON LE BESOIN D'INFORMATION SUPPLEMENTAIRE	17
3. EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCES CONCERNANT LES COMPETENCES OBSTETRIQUES DES SAGES-FEMMES	19
4. EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCES CONCERNANT LES COMPETENCES GYNECOLOGIQUES DES SAGES-FEMMES	22
5. EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCES CONCERNANT LES COMPETENCES PEDIATRIQUES DES SAGES-FEMMES	24
6. EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCES CONCERNANT LES COMPETENCES GLOBALES DES SAGES-FEMMES	26
7. INFLUENCE DU STAGE EN OBSTETRIQUE	27
ANALYSE ET DISCUSSION	28
1. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE	28
2. EVALUATION DES CONNAISSANCES A PROPOS DES COMPETENCES OBSTETRIQUES DES SAGES-FEMMES	29
3. EVALUATION DES CONNAISSANCES A PROPOS DES COMPETENCES GYNECOLOGIQUES DES SAGES-FEMMES	31
4. EVALUATION DES CONNAISSANCES A PROPOS DES COMPETENCES PEDIATRIQUES DES SAGES-FEMMES	33



5. EVALUATION DES CONNAISSANCES A PROPOS DES COMPETENCES GLOBALES (OBSTETRIQUE+GYNECOLOGIE+PEDIATRIE) DES SAGES-FEMMES	35
6. QU'EN EST-IL DE LA COLLABORATION ENTRE LES DEUX PROFESSIONS ?.....	36
6.1. EST-IL IMPORTANT DE CONNAITRE LES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES POUR UN MEDECIN GENERALISTE ?.....	36
7. PROPOSITIONS D' ACTIONS.....	38
CONCLUSION	40
Références bibliographiques	41
Annexes	43



Table des illustrations

Figure 1 : Répartition des internes en fonction de l'année d'étude	15
Figure 2 : Répartition du stage entre l'internat et l'externat.....	16
Figure 3 : Souhait d'informations complémentaires sur les compétences des sages-femmes.....	17
Figure 4 : Avis sur la nécessité de connaître les compétences des sages-femmes pour leur exercice professionnel.....	18
Figure 5 : Connaissances sur les prescriptions obstétricales	20
Figure 6 : Connaissances sur les actes obstétricaux.....	20
Figure 7 : Moyennes/10 obtenues au questionnaire obstétrique par promotion	21
Figure 8 : Connaissances sur les prescriptions gynécologiques	22
Figure 9 : Connaissances sur les actes gynécologiques	22
Figure 10 : Moyennes obtenues /10 au questionnaire gynécologique par promotion	23
Figure 11 : Connaissances sur les prescriptions pédiatriques.....	24
Figure 12 : Connaissances sur les actes pédiatriques	24
Figure 13 : Moyennes obtenues /10 au questionnaire pédiatrique par promotion	25
Figure 14 : Moyennes obtenues /30 au questionnaire en obstétrique+gynécologique+pédiatrique par promotion	26
Figure 15 : Influence du stage en obstétrique sur le niveau de connaissances des compétences des sages-femmes par les internes.....	27



Abréviations

HAS : Haute Autorité de Santé

DIU : Diplôme Inter Universitaire

ECN : Examen Classant National

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

ATB : Antibiotiques

SDC : Suites de couches

Ig : Immunoglobulines

Hep B : Hépatite B



INTRODUCTION

Le médecin généraliste est en première ligne, comme la sage-femme, dans le cadre du suivi d'une femme en âge de procréer. Il se doit d'être formé à la prise en charge des gestantes d'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le plan de périnatalité 2005-2007 pour « améliorer l'identification des situations à risque pouvant potentiellement compliquer la grossesse et d'adapter le suivi en conséquence ». Pour cela, la HAS a défini deux types de suivi :

- le suivi A : si la patiente ne présente pas de situation à risque, le suivi régulier peut être fait par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue-obstétricien selon le choix de la patiente.

Il se subdivise en deux groupes :

un avis A1 : il est recommandé de demander avis à un gynécologue-obstétricien,

et un avis A2 : il est nécessaire de demander avis à un gynécologue-obstétricien.

- le suivi B : si la patiente présente une situation à risque, elle doit être suivie par un gynécologue-obstétricien. (1)

Les sages-femmes et les médecins généralistes sont donc habilités au même titre à suivre la grossesse physiologique d'une gestante et à réaliser le suivi gynécologique, c'est pourquoi travailler en étroite collaboration est nécessaire.

Cependant, de nos jours encore, il subsiste une ambiguïté sur la vision des sages-femmes. Les sages-femmes au fil des siècles ont évolué, d'accompagnatrices dominées par l'aspect relationnel, à une profession médicale et technicisée. Les représentations des deux professions sont très différentes entre les sages-femmes majoritairement féminines vues comme maternelles et rassurantes et les médecins utilisant des techniques instrumentales et posant des diagnostics. (2) Cependant, la



HAS a établi les compétences propres à chaque profession (Annexe I) et a attribué les mêmes compétences pour les médecins généralistes et les sages-femmes en ce qui concerne le suivi d'une grossesse physiologique et le suivi gynécologique de prévention. (1)

La vision des médecins généralistes sur les compétences des sages-femmes, bien que celles-ci soient clairement définies, est ambivalente, entre compétences techniques réelles et représentations.

De ce fait, l'interne de médecine générale en tant que futur professionnel, devrait suivre, conseiller ou adresser une patiente à une sage-femme.

Or, lors de stages en salle de naissance et en consultations, internes de médecine générale et sages-femmes peuvent être en contact. Souvent, les internes sont indécis quant aux compétences des sages-femmes comme le suivi de grossesse physiologique ou pathologique, la possibilité d'exercer des actes en toute autonomie et les prescriptions médicamenteuses autonomes. Pourtant ces deux professions sont amenées à travailler en équipe et en réseau pour une prise en charge optimale des gestantes, des parturientes, des accouchées et des femmes en période d'activité génitale. De plus, les internes de médecine générale pourront plus tard orienter leurs patientes vers des sages-femmes.

La question était de savoir si les internes de médecine générale connaissaient l'étendue des compétences des sages-femmes en rapport avec l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie.

L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale de Limoges sur les compétences des sages-femmes.

Un objectif secondaire a été de comparer les internes de médecine générale entre eux pour dégager des parcours communs de formation selon leur niveau de connaissances à propos des compétences des sages-femmes.



INTERNES DE MEDECINE GENERALE ET COMPETENCES DES SAGES-FEMMES

1. PARCOURS DE L'INTERNE DE MEDECINE GENERALE

1.1 Jusqu'à l'internat

Les études de médecine se divisent en deux cycles jusqu'à l'internat. Certains stages sont obligatoires et d'autres sont laissés au choix des étudiants comme la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie. Cependant, tous effectuent pendant leur 2^{ème} cycle des gardes en gynécologie-obstétrique et aux urgences pédiatriques. Les enseignements théoriques de gynécologie-obstétrique sont abordés durant le 2^{ème} cycle dans une Unité d'Enseignement qui aborde les grandes lignes de l'obstétrique comme le suivi de grossesse, l'accouchement et les suites de couches physiologiques et pathologiques. La gynécologie est abordée dans les grandes lignes à travers la contraception, l'Aide Médicale à la Procréation. La pédiatrie balaie des thèmes allant du nouveau-né à l'adolescent. (3)

A la fin du 2^{ème} cycle au terme de six années, l'Examen Classant National (ECN) permet aux internes d'entrer dans le 3^{ème} cycle des études médicales.

1.2 Pendant l'internat

Les arrêtés du 22 septembre 2004 créent le Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) de médecine générale et définissent l'organisation du cursus, des stages et de leur validation. (4)

Le DES de médecine générale dure trois ans. Il comporte des enseignements facultaires spécifiques à la médecine générale. Les cours se déroulent par le biais d'Examen Clinique Objectif Structuré, de discussions cliniques autour d'un Récit de Situation Complexe Authentique et d'un Groupe d'Echanges Pratiques pour apporter des solutions thérapeutiques face à des mises en situation. (5)

Il faut valider six semestres de stages dont un obligatoirement en gynécologie-obstétrique et/ou pédiatrie. Ainsi, si l'interne n'a pas eu l'occasion de travailler avec des sages-femmes pendant son externat, il le fait pendant son internat, sauf situation particulière (stage uniquement pédiatrique). De plus, pendant l'internat, il y a une formation en gynécologie-obstétrique pendant un des stages ambulatoires. (6)

A Limoges un Diplôme Inter Universitaire (DIU) de « Formation complémentaire à la pratique de la Gynécologie et de l'Obstétrique destiné aux médecins généralistes » est proposé aux internes et aux médecins généralistes.

Il est composé de cours théoriques et de stages où ils peuvent être amenés à collaborer avec des sages-femmes, à enrichir leurs connaissances à propos de leurs compétences et à élargir leur réseau.

2. COMPETENCES DES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétences définies. L'article L.4151-1 du code de la santé publique stipule que « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation prophylactique de l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant ». « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ». (7)

En obstétrique, la sage-femme est habilitée à déclarer une grossesse, assurer les consultations prénatales et prescrire les bilans biologiques associés, animer des séances de préparation à la naissance, diagnostiquer et prendre en charge le travail, l'accouchement, le post-partum et les suites de couches eutociques. Elle peut effectuer la rééducation périnéale. Elle peut aussi faire la visite post-natale « en l'absence de situation pathologique que la grossesse ou l'accouchement ait été eutocique ou non » d'après l'article 127 de la loi du 26 janvier 2016. (8)

En gynécologie, la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009 a étendu les compétences des sages-femmes, dans un but préventif, de prescription des contraceptifs intra utérins, implants ainsi que leur pose et leur retrait, la pratique des frottis de dépistage, la prescription de la contraception hormonale et de la contraception d'urgence, sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de pathologie. (9) Et plus récemment, le décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 prévoit que

« les sages-femmes peuvent pratiquer les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse » et « peuvent prescrire un arrêt de travail n'excédant pas quatre jours » dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse. (10)

En pédiatrie, les sages-femmes sont habilitées à pratiquer les examens cliniques complets et les examens complémentaires des nouveau-nés. Elles sont habilitées à réaliser si nécessaire une réanimation néonatale et à pratiquer les manœuvres d'urgence (ventilation, intubation, massage cardiaque, administration d'adrénaline). L'article D. 4151-25 du code de la santé publique leur permet en plus de « prescrire et pratiquer les vaccinations de l'entourage, dès la grossesse de la mère et pendant la période de huit semaines qui suit l'accouchement ». (10)

Les compétences en termes de prescriptions médicamenteuses sont définies par l'arrêté du 4 février 2013 (Annexes II et III).



MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et prospective.

2. POPULATION ETUDIEE

L'étude a été centrée sur les internes de médecine générale de Limoges soit 152 étudiants répartis en trois promotions.

3. OUTILS DE L'ETUDE

Un questionnaire (Annexe IV) a été distribué à tous les internes en mains propres pendant leurs cours théoriques à la faculté de médecine en avril 2016. Il avait pour but d'évaluer leur niveau de connaissances à propos des compétences obstétricales, gynécologiques et pédiatriques des sages-femmes.

Ce questionnaire était composé d'une partie collectant des données personnelles, des données liées aux stages pour déterminer si elles influent sur leurs connaissances des compétences des sages-femmes. L'autre partie portait sur les compétences des sages-femmes par le biais de Vrai / Faux organisés autour de cas cliniques en obstétrique, en gynécologie et en pédiatrie sur la base de dix questions pour chacune des trois spécialités. Ces questions se rapportaient à des connaissances telles que les droits de prescription des sages-femmes, leurs nouvelles compétences, le suivi gynécologique et obstétrical, les gestes de réanimation pédiatrique.



4. ANALYSE DES DONNEES

Les pourcentages de réponses justes par interne, par promotion et sur l'ensemble des internes ayant répondu au questionnaire ont été comparés. Leur niveau de connaissances a été jugé suffisant s'ils ont obtenu au moins 60% de réponses justes, et en deçà, il a été jugé insuffisant.

Les deux niveaux de connaissances (suffisant et insuffisant) ont été appliqués à l'Obstétrique, à la Gynécologie et à la Pédiatrie séparément et aux trois regroupés pour établir des différences interindividuelles et inter-promotions.

Le recueil des données a été réalisé sur Excel.

Les moyennes ont été comparées par le test de Krustal-Wallis et un test du Chi-2 a été réalisé.

Pour un risque $\alpha=5\%$, la différence a été considérée comme significative pour $p<0,05$.



RESULTATS

1. TAUX DE REPONSES

Pour cette étude, 152 questionnaires ont été distribués aux 3 promotions d'internes en médecine générale de Limoges pendant leurs cours à la faculté en avril 2016. 119 questionnaires ont été recueillis. 117 questionnaires ont été entièrement remplis. Le taux de réponses est de 77%.

2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

La population étudiée correspond donc à 152 internes de médecine générale dont 42 en DES 1, 48 en DES 2 et 62 en DES 3. La population ayant participé à l'étude est de 117 internes.

2.1 REPARTITION DE LA POPULATION SUIVANT L'ANNEE D'ETUDE

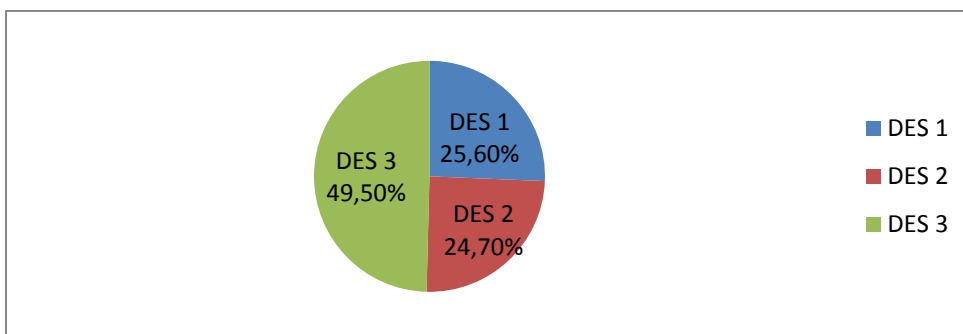


Figure 1 : Répartition des internes en fonction de l'année d'étude

30 internes (25,6%) sont en première année du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale, 29 (24,7%) en deuxième année et 58 (49,5%) en troisième



année. La répartition n'est pas homogène entre les promotions puisque quasi la moitié des répondants sont en troisième année.

La promotion 2015/2016 était constituée de 42 DES 1, 48 DES 2 et 62 DES 3. Nous avons donc un taux de réponses de 71% en DES 1, de 60% en DES 2 et de 93% en DES 3.

2.2 REPARTITION DE LA POPULATION SELON LE SEXE

La population étudiée comprend 42 hommes (36%) et 75 femmes (64%).

2.3 REPARTITION DE LA POPULATION SELON L'AGE

Les internes étaient âgés de 24 à 37 ans. L'âge moyen est de 27 ans sur les trois promotions. L'âge moyen est de 26 ans en DES 1, de 27 ans en DES 2 et 3.

2.4 REPARTITION DE LA POPULATION SUIVANT LA PARTICIPATION A UN STAGE EN OBSTETRIQUE

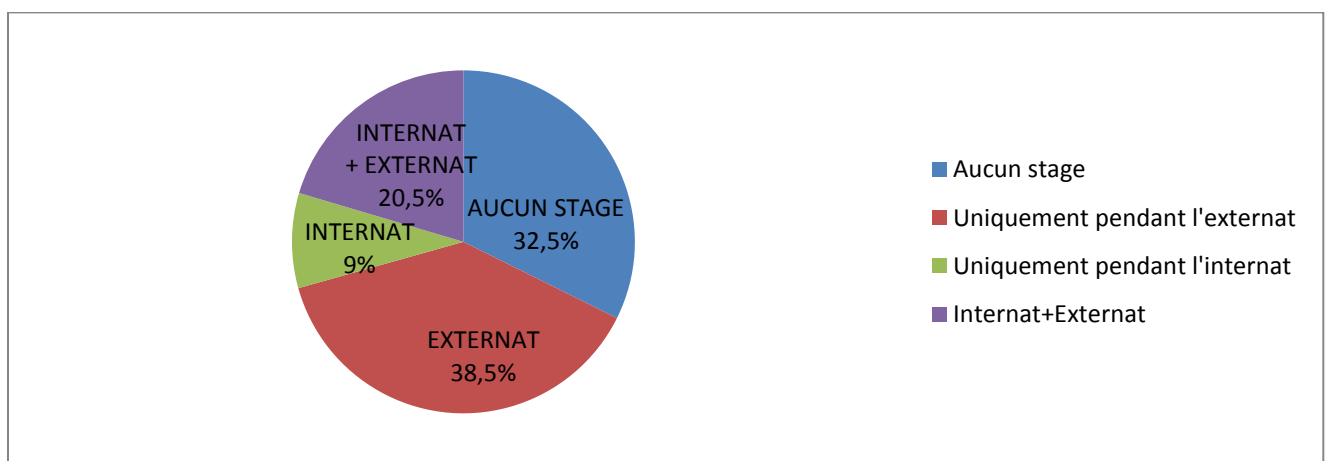


Figure 2 : Répartition du stage entre l'internat et l'externat

Parmi les 79 (67,5%) internes ayant effectué au moins un stage en obstétrique au cours de leur scolarité :

- 55 internes (47,5% de l'ensemble des internes) en ont effectué un seul : 45 (38,5% de l'ensemble des internes) l'ont effectué pendant l'externat et 10 (9% de l'ensemble des internes) pendant l'internat
- 24 internes (20,5% de l'ensemble des internes) ont effectué deux stages en obstétrique pendant leur scolarité, un pendant l'externat et un pendant l'internat.

2.5 REPARTITION DE LA POPULATION SELON LE BESOIN D'INFORMATION SUPPLEMENTAIRE

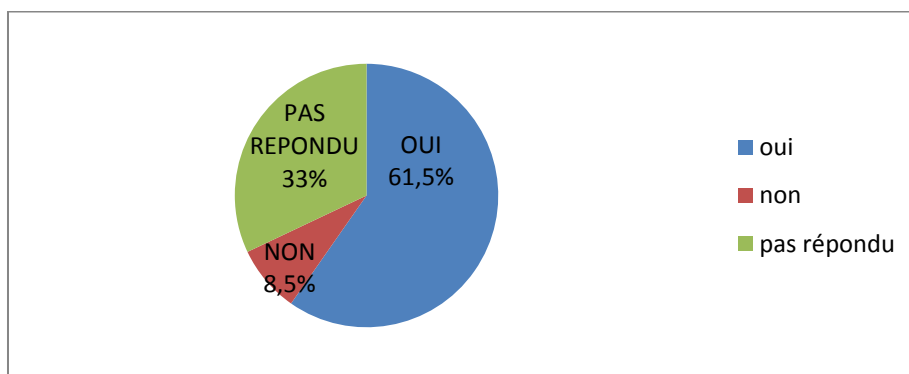


Figure 3 : Souhait d'informations complémentaires sur les compétences des sages-femmes

Parmi les « oui » on trouve,

- pour la méconnaissance du métier, cité 11 fois
- pour être mieux informé sur le métier/ les compétences/ les responsabilités, cité 5 fois
- pour savoir travailler avec une sage-femme, cité 4 fois

Parmi les « non », on trouve :

- « assez de connaissances »
- « récupérable sur Internet »
- « pas le temps »
- « pas besoin de savoir les compétences hospitalières »

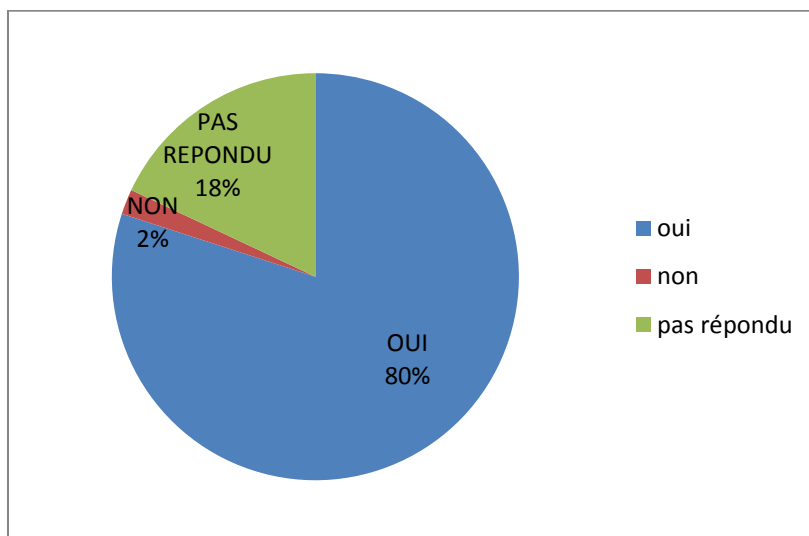


Figure 4 : Avis sur la nécessité de connaître les compétences des sages-femmes pour leur exercice professionnel

Parmi les 117 internes, 94 (80%) pensent qu'il est nécessaire de connaître les compétences des sages-femmes, 2 (2%) pensent qu'il n'est pas nécessaire qu'ils connaissent les compétences des sages-femmes dans le cadre de leur exercice, 21 (18%) ne se sont pas prononcés.

Parmi les arguments « oui », on retrouve :

- pour une meilleure collaboration et coordination des soins, cité 34 fois
- pour orienter les patientes, cité 21 fois
- pour déléguer et se répartir le travail, cité 13 fois
- pour informer et répondre aux questions des patientes sur les sages-femmes, cité 13 fois
- pour les connaissances personnelles, cité 9 fois
- pour une efficacité des réseaux de soins notamment en ambulatoire et en zone de faible densité médicale, cité 4 fois
- pour la reconnaissance de leurs pratiques, cité 3 fois

Il n'y a pas eu d'arguments pour les réponses « non ».

3. EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCES CONCERNANT LES COMPETENCES OBSTETRIQUES DES SAGES-FEMMES

Les questions ont évalué les connaissances des compétences obstétricales des sages-femmes en matière de prescription médicamenteuse, de suivi de grossesse, lors de l'accouchement et des suites de couches. Elles portent sur l'ensemble des internes (117).



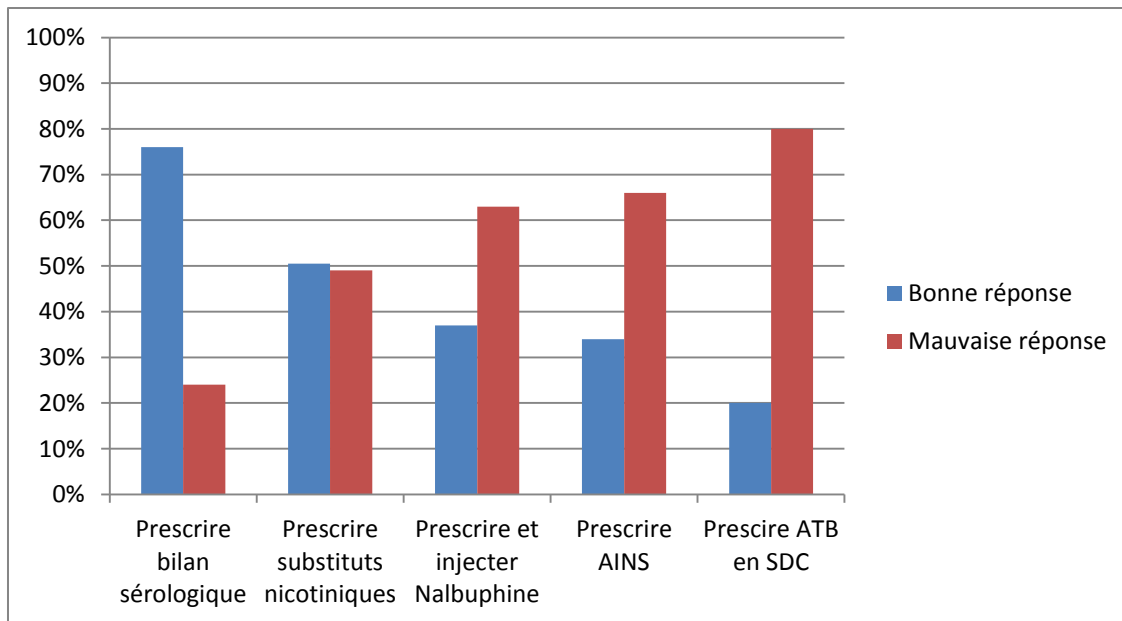


Figure 5 : Connaissances sur les prescriptions obstétricales

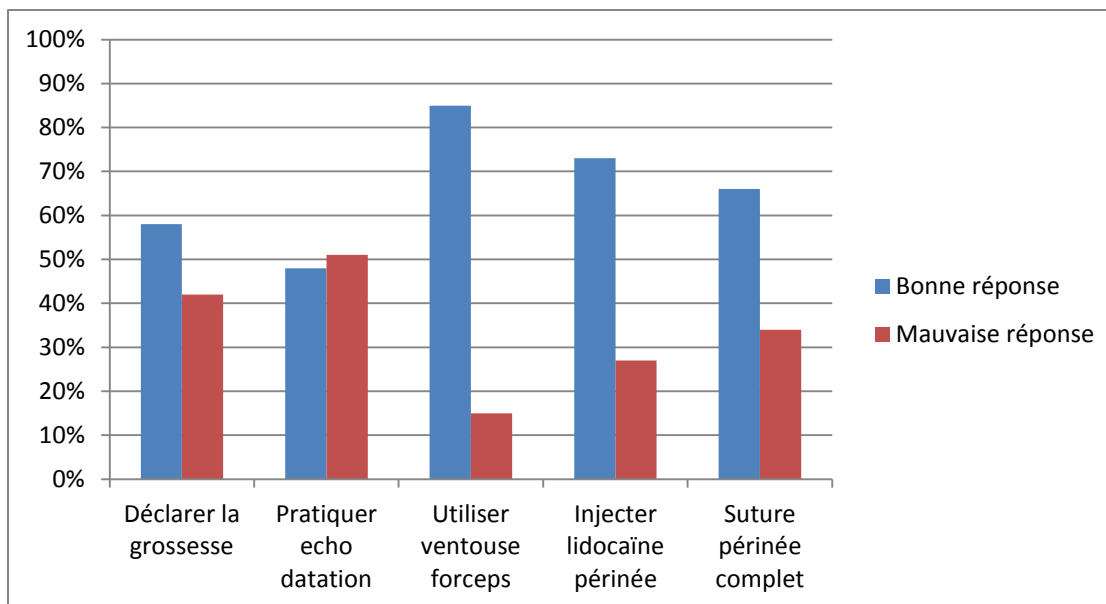


Figure 6 : Connaissances sur les actes obstétricaux

Sur la totalité des internes, 61 (52,1%) ont obtenu au moins 60% de réponses justes à propos des compétences obstétricales des sages-femmes dont :

- 9 (30%) en DES 1 (niveau de connaissances de la promotion insuffisant)
- 17 (58,6%) en DES 2 (niveau de connaissances de la promotion suffisant)
- 35 (60,3%) en DES 3 (niveau de connaissances de la promotion suffisant)



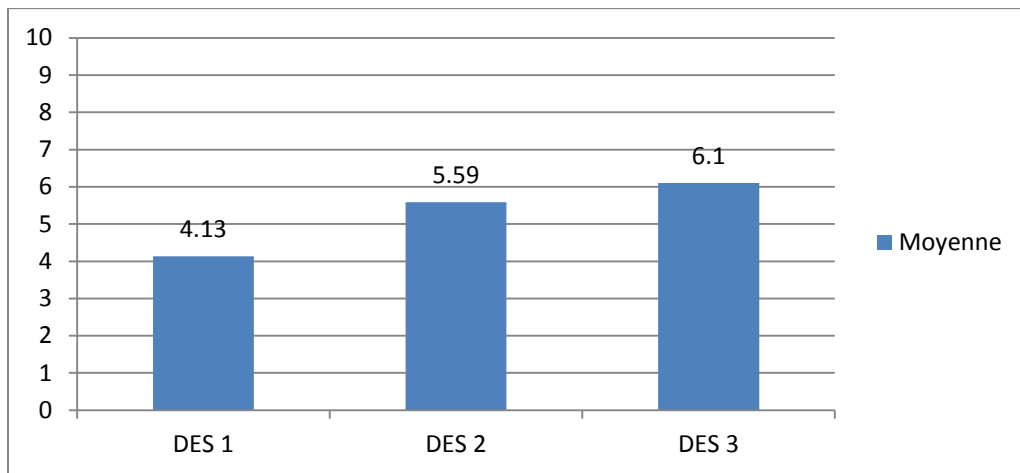


Figure 7 : Moyennes/10 obtenues au questionnaire obstétrique par promotion

Il n'y a pas de différence significative entre les DES 2 et les DES 3 ($p=0,1615$).

Il y a une différence significative entre les DES 1 et les DES 2 ($p=0,0041$) et entre les DES 1 et les DES 3 ($p=0,0002$).

Le niveau de connaissances est meilleur en dernière année qu'en première année, et meilleur aussi en deuxième année qu'en première année.

Il est significativement lié à l'année d'internat.

4. EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCES CONCERNANT LES COMPETENCES GYNECOLOGIQUES DES SAGES-FEMMES

Les questions ont évalué les connaissances des internes en matière de suivi gynécologique de prévention, de prescription contraceptive, d'interruption volontaire de grossesse.

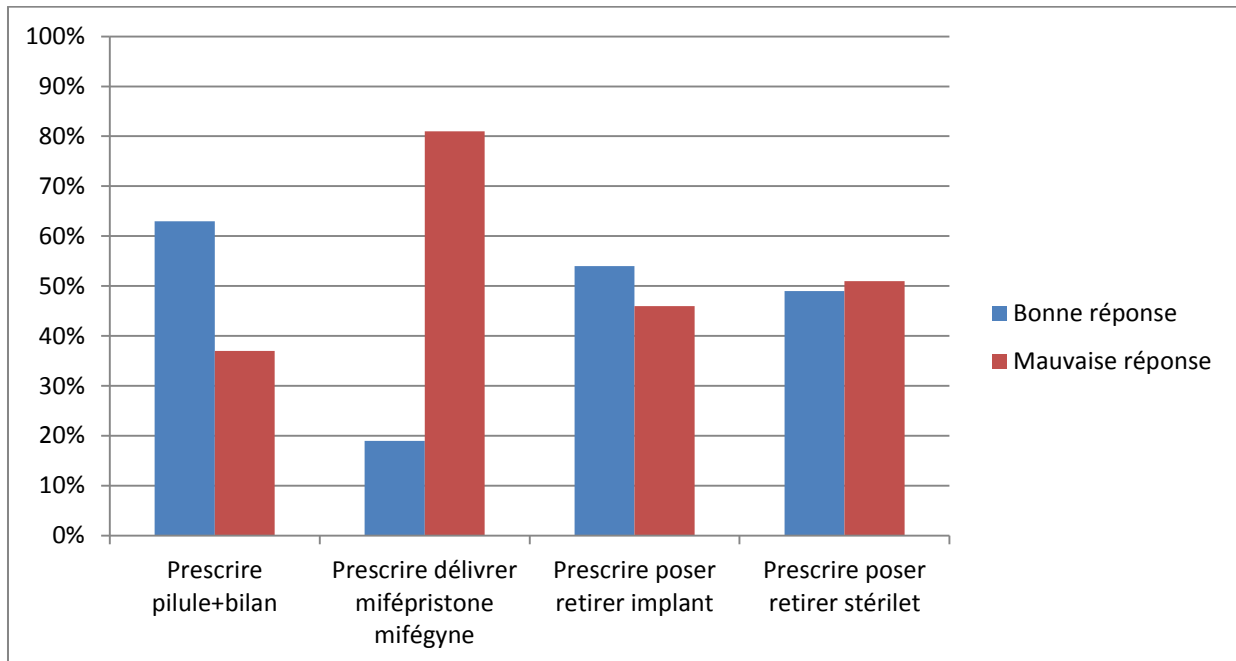


Figure 8 : Connaissances sur les prescriptions gynécologiques

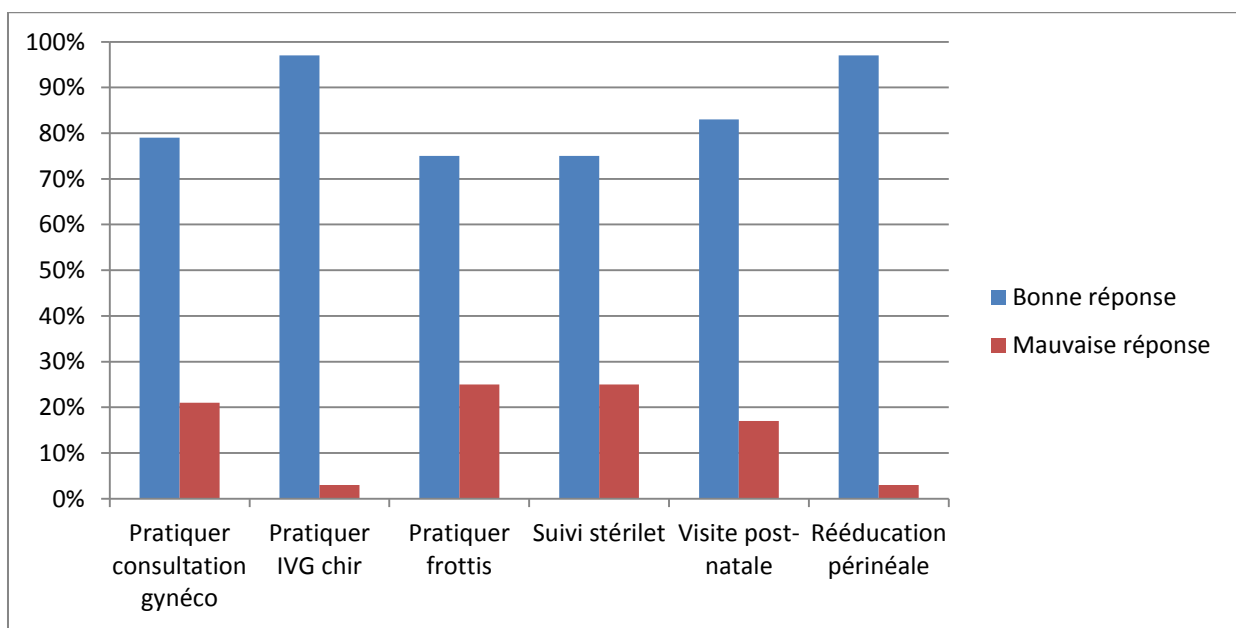


Figure 9 : Connaissances sur les actes gynécologiques

Sur la totalité des internes, 87 (74%) ont obtenu au moins 60% de réponses justes à propos des compétences gynécologiques des sages-femmes, dont :

- 24 (80%) en DES 1
- 16 (55%) en DES 2
- 47 (81%) en DES 3

Donc les trois promotions ont un niveau de connaissances suffisant des compétences gynécologiques des sages-femmes.

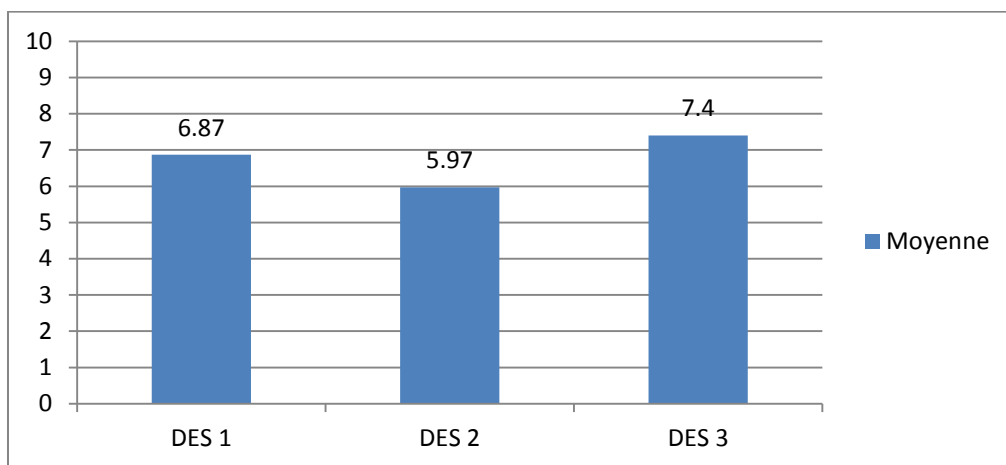


Figure 10 : Moyennes obtenues /10 au questionnaire gynécologique par promotion

La moyenne n'augmente pas proportionnellement avec l'année d'étude, les 2èmes années ayant la moyenne la plus basse.

La comparaison des moyennes ne montre pas de différence significative entre les DES 1 et les DES 2 ($p=0,1056$) ni entre les DES 1 et les DES 3 ($p=0,2416$).

Le niveau de connaissances est meilleur en DES 3 qu'en DES 2 ($p=0,0033$).



5. EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCES CONCERNANT LES COMPETENCES PEDIATRIQUES DES SAGES-FEMMES

Les questions ont évalué les connaissances à propos des compétences pédiatriques des sages-femmes en matière de réanimation néonatale, de prescription et de prise en charge du nouveau-né en maternité.

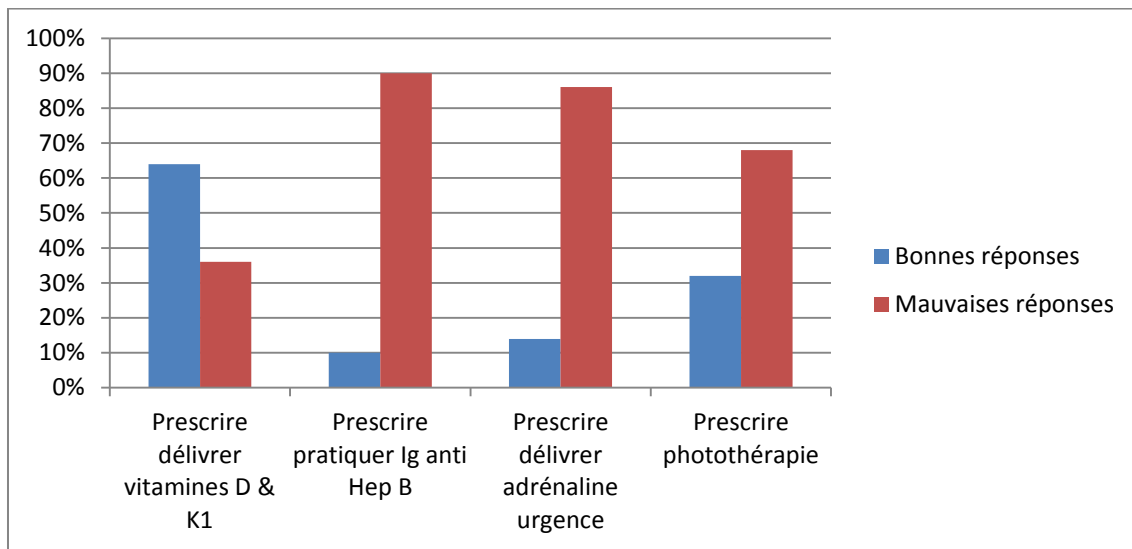


Figure 11 : Connaissances sur les prescriptions pédiatriques

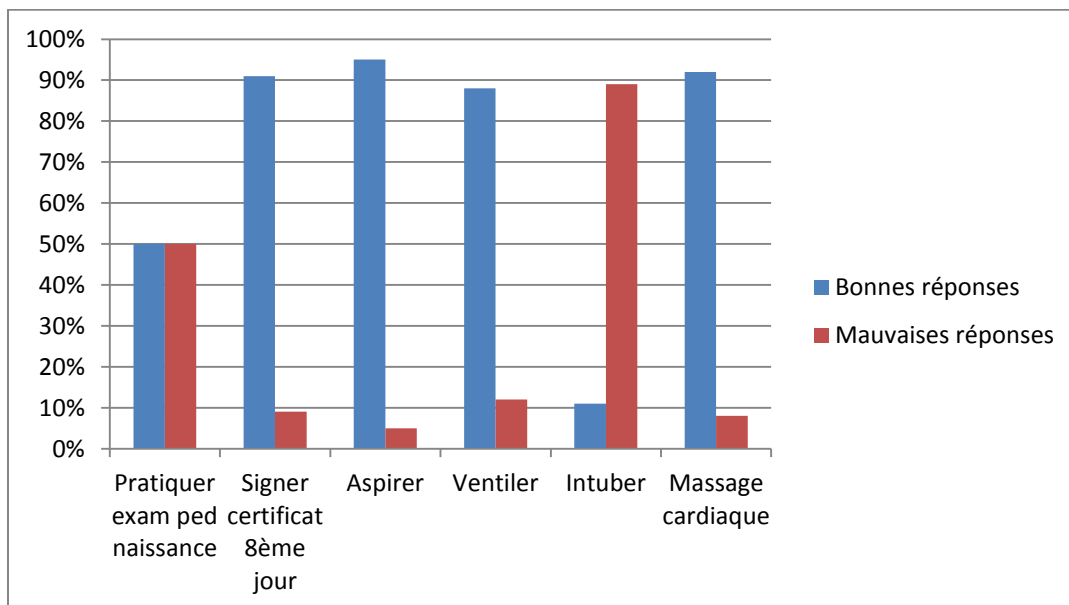


Figure 12 : Connaissances sur les actes pédiatriques

Sur la totalité des internes, 56 (47,8%) ont un niveau de connaissances suffisant car ils ont obtenu au moins 60% de réponses justes à propos des compétences pédiatriques des sages-femmes, dont :

- 15 (50%) en DES 1 (niveau de connaissances de la promotion suffisant)
- 14 (48,2%) en DES 2 (niveau de connaissances de la promotion insuffisant)
- 27 (46,5%) en DES 3 (niveau de connaissances de la promotion insuffisant)

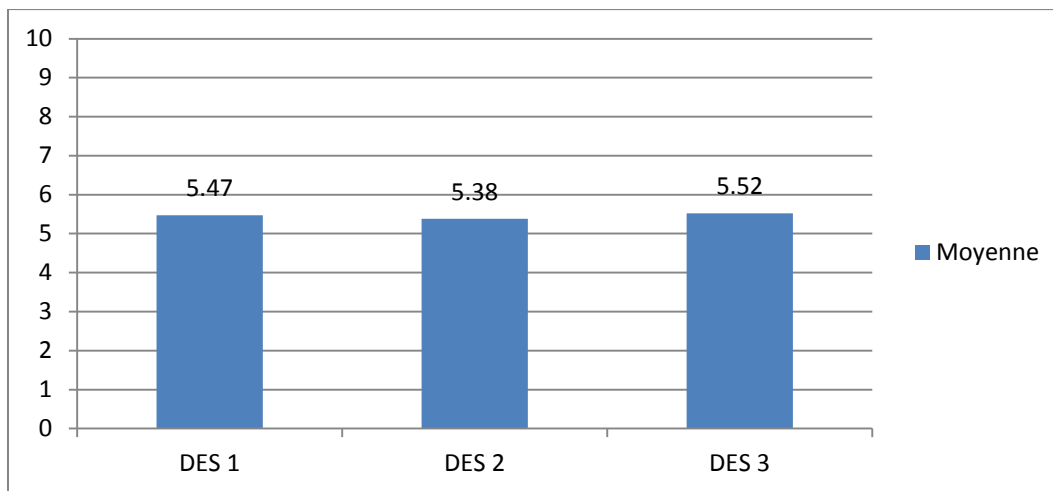


Figure 13 : Moyennes obtenues /10 au questionnaire pédiatrique par promotion

Les moyennes en pédiatrie sont donc les moins bonnes moyennes des internes.

Après comparaison des moyennes, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les promotions ($p=0,9573$).



6. EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCES CONCERNANT LES COMPETENCES GLOBALES DES SAGES-FEMMES

Sur la totalité des internes, 61 (soit 52,1 % de l'ensemble des internes) ont obtenu au moins 60% de réponses justes en obstétrique+gynécologie+pédiatrie, dont :

- 13 (soit 43%) en DES 1
- 10 (soit 34,5%) en DES 2
- 38 (soit 65,5%) en DES 3

Seuls les internes en dernière année d'internat ont des connaissances en majorité suffisantes en ce qui concerne les compétences globales des sages-femmes.

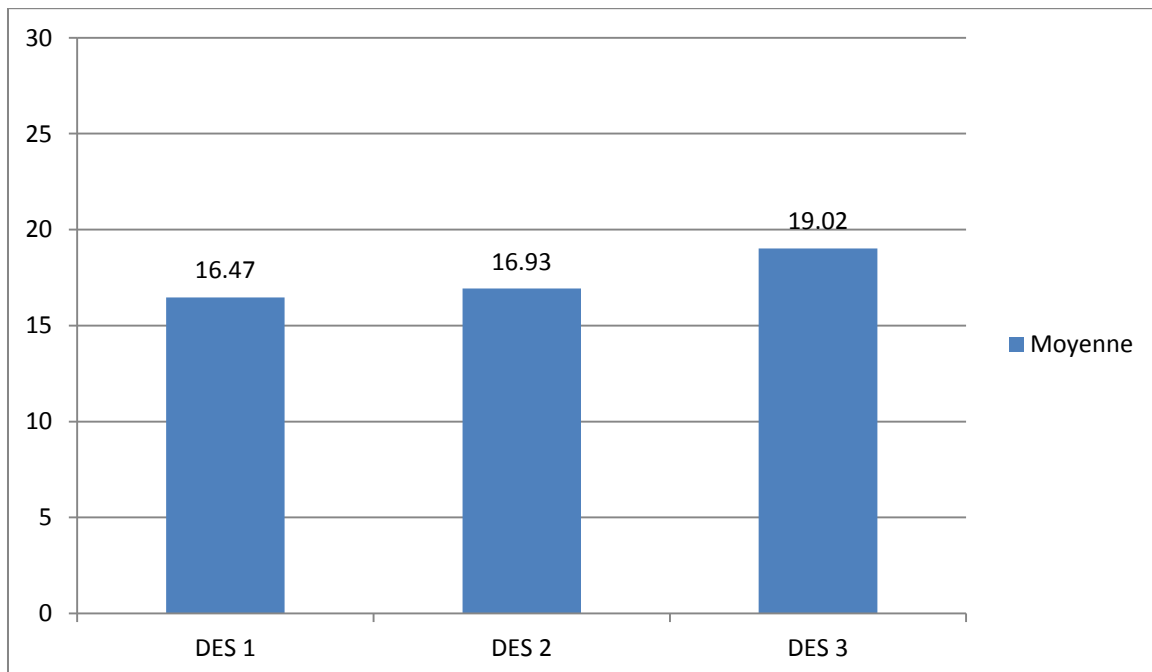


Figure 14 : Moyennes obtenues /30 au questionnaire en obstétrique+gynécologique+pédiatrique par promotion

La connaissance sur les compétences des sages-femmes augmente avec l'année d'étude, avec une différence significative entre les connaissances des DES 1 et des DES 3 ($p=0,0018$) et entre les DES 2 et DES 3 ($p=0,0071$).

Il n'y a pas de différence significative entre les DES 1 et les DES 2 ($p=0,6618$).

Les connaissances concernant les compétences globales des sages-femmes sont donc significativement meilleures en dernière année qu'en première année d'internat de médecine générale.

7. INFLUENCE DU STAGE EN OBSTETRIQUE

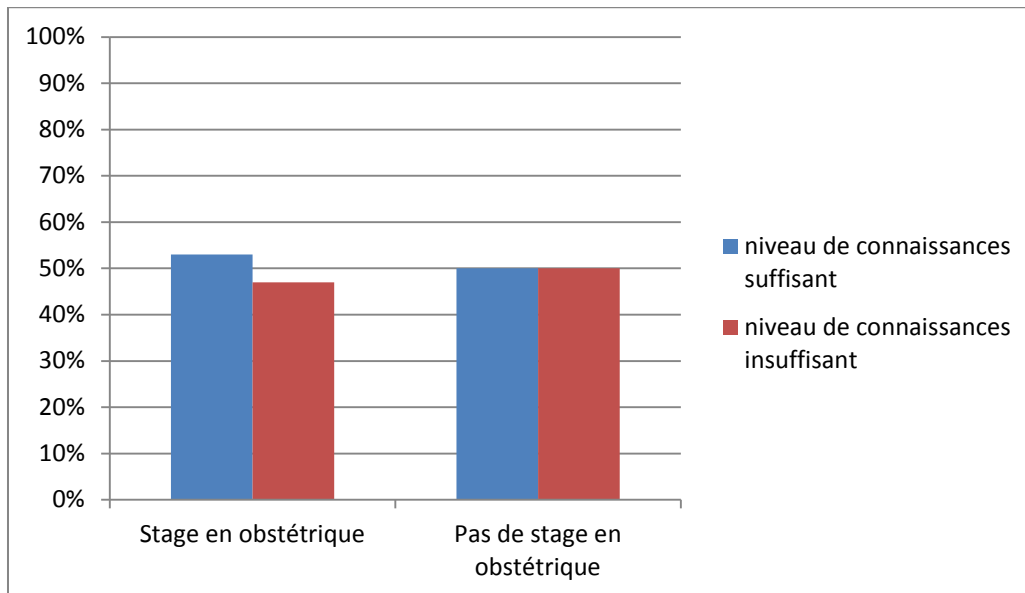


Figure 15 : Influence du stage en obstétrique sur le niveau de connaissances des compétences des sages-femmes par les internes

Parmi les internes ayant effectué un stage en obstétrique (N=79), 42 (53%) ont un niveau de connaissances suffisant et 37 (47%) ont un niveau insuffisant.

Parmi les internes n'ayant pas effectué de stage en obstétrique (N=38), 19 (50%) ont un niveau de connaissances suffisant et 19 (50%) ont un niveau de connaissances insuffisant.

D'après le test du Chi-2, il n'y a pas de lien significatif entre le niveau de connaissances des compétences des sages-femmes par les internes et le stage en obstétrique. ($p=0,105$).

Le stage en obstétrique n'est donc pas significativement lié au niveau de connaissances des internes à propos des compétences globales des sages-femmes.



ANALYSE ET DISCUSSION

1. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE

Le taux de participation à l'étude est un des points forts : 77% des internes en médecine générale de Limoges ont répondu au questionnaire en intégralité.

Les trois promotions ont pu être interrogées. Cela a permis d'établir des comparaisons entre promotions et d'analyser les différences de connaissances des compétences en fonction des années d'étude.

Les questionnaires ont été distribués pendant les cours dispensés à la faculté en présence des professeurs et récupérés immédiatement. Il n'y a donc aucun perdu de vue.

Malgré tout, certains internes n'ont pas accepté de remplir le questionnaire et d'autres l'ont rempli partiellement, ce qui les a rendus inexploitable.

Quasiment la moitié des répondants (49,5%) étaient en dernière année (DES 3), les trois promotions n'étant pas représentées également. De plus, le taux de réponses (93%) sur la promotion DES 3 a été beaucoup plus important que sur les deux autres promotions (71% et 60%), donc l'échantillon DES 3 est plus représentatif que les 2 autres promotions.

De plus, la distribution ayant été effectuée pendant les cours, il a été difficile de faire des relances, les internes ayant très peu de cours en commun par promotion.

Enfin, le questionnaire ne comportait que deux choix de réponses, « Vrai » ou « Faux ». Il ne comportait pas de case « Ne sais pas ». De ce fait, certains internes ont répondu au hasard aux questions dont ils n'étaient pas sûrs de la réponse.



2. EVALUATION DES CONNAISSANCES A PROPOS DES COMPETENCES OBSTETRIQUES DES SAGES-FEMMES

Toutes promotions confondues, 52,1% des internes en médecine générale de Limoges ont un niveau de connaissances suffisantes sur les compétences obstétricales des sages-femmes.

Néanmoins, quasiment un interne sur deux (47,9%) n'a pas de connaissances suffisantes concernant les compétences obstétricales des sages-femmes. Pourtant, les médecins généralistes et les sages-femmes sont habilités à suivre des grossesses de déroulement physiologique. Il paraît donc important pour un futur médecin généraliste de connaître les compétences obstétricales des sages-femmes afin de pouvoir adresser leurs patientes vers une sage-femme ou leur apporter des éléments de réponse nécessaires quant à la possibilité de faire faire leur suivi de grossesse par une sage-femme.

Les compétences des sages-femmes les mieux connues par les internes sont le droit de déclarer la grossesse à 76% et les sérologies prescriptibles par une sage-femme pendant la grossesse à 58%.

Ces compétences les mieux connues dans notre étude se rapprochent de celles retrouvées dans l'étude de A GIRARDOT-CHAREYRON dans sa thèse de docteur en médecine publiée en 2015. Elle retrouve que 52% des internes en médecine générale d'Ile-de-France connaissent la possibilité de déclaration de grossesse par la sage-femme, 68% connaissent leurs compétences en matière de prescription biologique pendant la grossesse, et 83% connaissent les compétences des sages-femmes concernant le suivi de grossesse physiologique. (11)

En ce qui concerne les connaissances en matière de droit de prescription des sages-femmes, on note que la moitié des internes pensent qu'une sage-femme n'a pas le droit de prescrire de substituts nicotiniques pendant la grossesse. De même,



63% des internes pensent qu'elles ne peuvent pas prescrire de dérivés morphiniques tels que la Nalbuphine (NUBAIN®).

D'après nos critères, les connaissances des internes en médecine générale de Limoges sont donc insuffisantes en ce qui concerne le droit de prescription obstétricale. Pourtant les compétences obstétricales des sages-femmes sont les plus anciennes et donc on aurait pu penser qu'elles sont les mieux connues des internes. Or 52,1% des internes les connaissent suffisamment alors que 74% connaissent suffisamment les compétences gynécologiques. Ceci peut s'expliquer par les campagnes de prévention pour le dépistage du cancer du col utérin et pour la pratique d'un suivi gynécologique régulier. En effet, sur les affiches des campagnes de sensibilisation (Annexe V : affiche de 2015), il a été écrit « parlez-en à un médecin, une sage-femme ou au centre de planification familiale », ce qui participe à la promotion des compétences des sages-femmes auprès du grand public et donc aussi des médecins et internes en médecine générale.

Cependant, d'après le mémoire de A GRAL en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme publié en 2016, il ressort que 76% des sages-femmes interrogées connaissent mal leurs compétences en matière de prescription d'antibiotique dans le cadre de la cystite gravidique. (12)

Donc malgré le fait que les prescriptions obstétricales soient les plus anciennes, ces résultats peuvent nuancer les résultats des internes en matière de prescription. De plus les prescriptions des sages-femmes sont limitées et listées, ce qui rend plus difficile leur connaissance auprès des autres professionnels de santé, mais cela les rend aussi facilement accessibles à toute recherche.

En comparant les résultats par promotion, on voit que la majorité des DES 1 n'a pas un niveau de connaissances suffisant contrairement aux DES 2 et DES 3.

Le niveau de connaissances des compétences obstétricales des sages-femmes augmente proportionnellement à l'année d'internat et il est significativement

lié à l'année d'internat. On peut expliquer cette différence de connaissances par l'augmentation de la réalisation d'actes obstétricaux notamment lors du stage de médecine générale à la fin de l'internat.

3. EVALUATION DES CONNAISSANCES A PROPOS DES COMPETENCES GYNECOLOGIQUES DES SAGES-FEMMES

Sur la totalité des internes, 87 soit 74% ont des connaissances suffisantes en ce qui concerne les compétences gynécologiques des sages-femmes.

Les compétences les moins bien connues par les internes sont la prescription et la pose de l'implant et du stérilet.

La prescription et la pose des dispositifs contraceptifs sont peu connues par les internes comme faisant partie du champ de compétences des sages-femmes. On retrouve cette notion dans le mémoire de fin d'étude de sage-femme de L BERTRAND publié en 2008. Il en résulte que 70% des médecins généralistes pensent qu'une sage-femme n'a pas le droit de poser de stérilet. Ce résultat de 2008 peut s'expliquer par le fait qu'avant 2012, les sages-femmes ne pouvaient pas assurer le suivi de la contraception. Il fallait recourir à un médecin, et de ce fait, cela pouvait rendre floues les compétences gynécologiques des sages-femmes auprès des médecins.

On observe une amélioration de ces connaissances entre 2008 et notre étude en ce qui concerne la pose de stérilet. (13)

Les compétences que connaissent le mieux les internes sont la pratique de la rééducation périnéale à 97%, la visite post-natale à 83%, la possibilité de pratiquer une consultation gynécologique à 79% et la pratique du frottis à 75%.

De même, A GIRARDOT-CHAREYRON retrouve parmi les meilleures connaissances des compétences : la consultation post-natale (81%) et la



rééducation périnéale (68%). Elle retrouve parmi les moins bonnes connaissances des compétences la pose de l'implant et la pratique du frottis, où deux tiers des internes ont répondu que ces deux compétences n'étaient pas celles d'une sage-femme selon eux.

De plus, les internes interrogés n'adresseraient leurs patientes à une sage-femme pour un suivi gynécologique qu'en 8^{ème} position (après le suivi de grossesse, la rééducation périnéale, la préparation à la naissance etc).

Elle souligne comme raison que l'offre de soins en gynécologie proposée par les sages-femmes libérales est non homogène. Ceci induirait une moins bonne connaissance des compétences gynécologiques des sages-femmes. (11)

En effet, si les compétences gynécologiques ne sont pas exploitées par toutes les sages-femmes, elles sont moins connues. Lorsque les médecins assurent le suivi gynécologique et prescrivent les dispositifs contraceptifs, la connaissance des compétences des sages-femmes est moins bonne. Et à l'inverse, si les sages-femmes proposaient toutes un suivi gynécologique complet, les connaissances seraient meilleures.

R CHAMPEAUX dans sa thèse de docteur en médecine publiée en 2013 souligne que 86% des internes en médecine générale interrogés souhaitent faire des consultations de gynécologie. (14)

Et V DESHAYS dans sa thèse de docteur en médecine publiée en 2016 montre que 86,5% des médecins généralistes du Limousin déclarent faire de la gynécologie. Et 49,5 % d'entre eux suivent des grossesses à cause de la pénurie de gynécologues-obstétriciens dans la région (notamment en Creuse et en Corrèze). (15)

Il semble donc important qu'ils connaissent les compétences des sages-femmes pour pouvoir proposer à leurs patientes de se faire suivre par une sage-femme pour les médecins généralistes qui ne souhaitent pas le faire ou qui ont une surcharge de travail.



En ce qui concerne les nouvelles compétences relatives à l'Interruption Volontaire de Grossesse, 81% pensent que la sage-femme ne peut pas prescrire la Mifépristone (MIFEGYNE®) et le Misoprostol (CYTOTEC®). Néanmoins, le questionnaire a été rempli seulement 2 mois après l'arrêté ministériel. Cependant ces résultats sont à nuancer au vu de l'importante publicité qui a été faite dans les médias par rapport à ces nouvelles prescriptions.

D'après nos critères, les trois promotions d'internes ont un niveau de connaissances suffisant sur les compétences gynécologiques des sages-femmes.

La moyenne n'augmente pas proportionnellement avec l'année d'étude, les 2èmes années ayant la moyenne la plus basse.

Le niveau de connaissances des compétences gynécologiques des sages-femmes est significativement meilleur en dernière année qu'en deuxième année.

Cette différence peut s'expliquer par la meilleure connaissance de leurs propres compétences en tant qu'internes en fin de cursus, et donc une meilleure connaissance du réseau en périnatalité.

4. EVALUATION DES CONNAISSANCES A PROPOS DES COMPETENCES PEDIATRIQUES DES SAGES-FEMMES

Sur l'ensemble des internes, 56 soit 47,8% ont des connaissances suffisantes concernant les compétences pédiatriques des sages-femmes.

Selon nos critères, la majorité des internes en médecine générale de Limoges n'a pas de connaissances suffisantes concernant les compétences pédiatriques des sages-femmes.

Les compétences les moins bien connues par les internes sont la prescription et l'administration des Immunoglobulines anti Hépatite B (10% des internes savent qu'une sage-femme est habilitée à le faire), intuber en salle de naissance (11%), prescrire et délivrer de l'adrénaline en urgence en l'absence d'un médecin (14%).



Ces résultats étaient prévisibles, ce sont des actes très spécialisés des sages-femmes en salle de naissance.

Les compétences les mieux connues par les internes sont l'aspiration oro-trachéale (95%), la ventilation (88%), le massage cardiaque externe (92%), la prescription et administration des vitamines D et K1 (64%).

On voit que soit les internes connaissent en très grande majorité la compétence, soit ils ne la connaissent pas en grande majorité. Il n'y a que pour l'examen clinique pédiatrique en salle de naissance que les internes sont plus partagés (50%). Ces résultats sont très disparates mais les moyennes globales sont homogènes entre les promotions.

Après comparaison entre promotions, il n'a pas été retrouvé de lien entre les connaissances des compétences pédiatriques des sages-femmes et l'année d'internat.

Ces moins bons résultats peuvent s'expliquer par le faible nombre de stages en salle de naissance auprès des sages-femmes. En effet le stage pédiatrique se déroule majoritairement en pédiatrie ou aux urgences pédiatriques. De plus, la formation théorique pédiatrique est majoritairement enseignée pendant le second cycle des études, là où le stage en pédiatrie est plus rare.

D'après la thèse d'A LOTTIN en 2013, le médecin généraliste est le médecin de 1^{er} recours pour 51% des suivis programmés et pour 75% des consultations chez les nourrissons. (16)

Pourtant, avec le développement du Programme d'Accompagnement de Retour à Domicile, les sages-femmes et les médecins généralistes sont amenés à travailler ensemble. Le suivi pédiatrique est majoritairement effectué par les médecins généralistes, et le suivi du post-partum est effectué par les sages-femmes qui font aussi la surveillance du nouveau-né à la maison (suivi de l'ictère, du poids, examen pédiatrique, conseils d'allaitement). Les deux professionnels seront donc en contact dans le suivi de l'enfant et doivent partager leurs informations sur le suivi, c'est pourquoi une bonne connaissance des compétences de chacun est nécessaire.



5. EVALUATION DES CONNAISSANCES A PROPOS DES COMPETENCES GLOBALES (OBSTETRIQUE+GYNECOLOGIE+PEDIATRIE) DES SAGES-FEMMES

Sur la totalité des internes, 61 soit 52,1% ont des connaissances suffisantes à propos des compétences globales.

Selon nos critères, la majorité des internes ont des connaissances suffisantes à propos des compétences globales des sages-femmes.

Dans notre étude, il n'y a pas de lien entre le niveau de connaissances des compétences des sages-femmes par les internes et le stage en obstétrique.

De même, A GIRARDOT-CHAREYRON a objectivé que le stage en obstétrique n'est pas lié significativement au niveau de connaissance des internes sur les compétences des sages-femmes libérales ($p=0,36$). (11)

Cependant, seuls les étudiants en DES 3 ont un niveau de connaissances suffisant à propos des compétences globales des sages-femmes.

Et les connaissances concernant les compétences globales des sages-femmes sont significativement meilleures en dernière année qu'en première année d'internat de médecine générale.

Le stage en obstétrique n'influe donc pas mais le meilleur niveau de connaissances en dernière année d'internat vient peut-être du stage auprès du médecin généraliste qui a pu expliquer à l'interne les différentes missions des professionnels de son réseau au décours de consultations gynécologiques ou obstétricales. De même, dans les maternités de niveau 1 il existe un lien entre les internes en médecine générale aux urgences générales et les sages-femmes à travers une prise en charge commune des urgences gynécologiques.



6. QU'EN EST-IL DE LA COLLABORATION ENTRE LES DEUX PROFESSIONS ?

A la fin du questionnaire était proposé un espace de réflexion autour d'une question : pensez-vous qu'il est important dans le cadre de votre métier de connaître les compétences des sages-femmes ?

6.1 EST-IL IMPORTANT DE CONNAITRE LES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES POUR UN MEDECIN GENERALISTE ?

A cette question, 80% des internes ont répondu oui, 2% non, et 18% n'ont pas répondu.

Parmi les raisons citées, on retrouve à un grand nombre de reprises l'importance qu'a pour eux le travail en équipe, notamment dans les réseaux de soins, et la nécessité d'obtenir une bonne coordination des soins, sans quoi la prise en charge des patientes sera moins bonne. Il est aussi souligné que c'est important pour eux car ils sont confrontés à des questions de la part de leurs patientes sur les compétences des sages-femmes et dans quels cas pouvoir en consulter une. Ce qui veut dire qu'il y a une demande de la part de la patientèle féminine et qu'en cas de méconnaissance, elle se tourne vers leur médecin traitant pour poser leurs questions.

Les compétences les mieux connues sont celles qui se rapportent aux actes tandis que les moins connues sont celles sur les prescriptions et les actes très techniques, notamment en pédiatrie. De plus, nous avons retrouvé beaucoup de réponses « oui pour déléguer » ce qui peut sous-entendre que certaines compétences ne sont pas des compétences propres à la sage-femme, mais une délégation de tâches comme si les sages-femmes étaient assimilées à des paramédicaux. Ceci peut s'expliquer par une vision ambiguë des sages-femmes, lié à leur statut. Beaucoup de sages-femmes hospitalières renvoient l'image de professionnels médicaux mais dans le statut de la fonction publique hospitalière elles ne sont pas considérées comme du personnel médical, ce qui crée une confusion dans les représentations et ce qui explique la moins bonne connaissance en matière

de prescriptions médicales et de réalisation d'actes médicaux comme l'intubation néonatale.

D'après L BERTRAND, les sages-femmes libérales interrogées trouvent la collaboration plutôt mauvaise. Elle retrouve un lien significatif entre la connaissance de la sage-femme du secteur par le médecin généraliste et l'orientation des patientes du médecin vers la sage-femme. 61% des sages-femmes échangent avec les médecins généralistes, et 59% des médecins généralistes échangent avec les sages-femmes, soit quasiment la même proportion dans les deux métiers. Dans son étude elle retrouve que 80% des sages-femmes et 86% des médecins généralistes pensent qu'il est nécessaire de collaborer ensemble (notamment par le biais des revues médicales), ce qui se rapproche des souhaits exprimés par les internes de notre étude. Elle met aussi en évidence que parmi les généralistes ne suivant pas de grossesses, aucun n'oriente vers une sage-femme. Pour expliquer ce frein à la collaboration, ils avancent le rôle particulier de la sage-femme, la méconnaissance de ses compétences, et le fait qu'il n'y ait pas de travail en réseau. (13)

La collaboration entre les deux professions est-elle nécessaire si l'on considère le point de vue des patientes ?

Dans sa thèse publiée en 2013 A GENTRIC montre que pour effectuer leur suivi de grossesse chez un généraliste, 40% des femmes seraient pour, 40% contre, et 20% indécises. Elle met aussi en évidence qu'un tiers des femmes ne sait pas que le suivi est possible par un généraliste. (17)

On peut se demander si la méconnaissance des compétences entre les médecins généralistes et les sages-femmes induit aussi une méconnaissance des compétences de ces deux professions par les femmes.



Dans son mémoire de sage-femme publié en 2012, A LAOUENAN montre qu'il y a une méconnaissance des compétences des sages-femmes par les femmes. Elle montre aussi que 81,2% des femmes effectuaient leur suivi de grossesse chez le gynécologue, 16,5% chez la sage-femme et 2,3% chez le médecin traitant. (18)

Il y a donc encore un long chemin à effectuer en ce qui concerne la reconnaissance des compétences de chacun puisqu'en France, 80% des grossesses sont de déroulement physiologique et devraient alors n'être suivies que par des sages-femmes et des médecins généralistes.

7. PROPOSITIONS D' ACTIONS

La relation inter professionnelle entre médecins généralistes et sages-femmes commence sur les bancs de l'université. En 2011 a été instauré le concours par la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) où les étudiants des deux filières se côtoient. Et depuis cette mise en place est faite une information sur le métier de sage-femme, ouverte à tous.

A l'école de sages-femmes de Limoges, une information est faite en systématique pour présenter tous les autres professionnels et leurs compétences. Il pourrait être judicieux de proposer cette formation à toutes les filières médicales et para-médicales pour connaître le rôle et les compétences de chaque professionnel qui nous entoure.

De plus en plus d'écoles de sages-femmes intègrent les locaux des facultés de médecine. Ce rapprochement physique induit aussi un rapprochement des connaissances du métier de chacun, notamment par la mise en commun des associations étudiantes des filières. Néanmoins, ce n'est pas à ce jour encore le cas dans toutes les villes de France.

Et il subsiste encore une cloison entre les professions ce qui ne permet pas la connaissance des compétences des professionnels avec qui on travaille, alors que cela paraît indispensable entre un médecin généraliste et une sage-femme qui suivent la même patiente.



Même si le stage en obstétrique n'améliore pas les connaissances des internes sur les compétences des sages-femmes, il pourrait être intéressant qu'elles communiquent sur leurs compétences lors de ce stage, pour que la future collaboration soit plus efficace entre ces deux professions.



CONCLUSION

La démographie médicale d'aujourd'hui montre que la population actuelle des gynécologues-obstétriciens devient insuffisante. De plus, les compétences des sages-femmes ne font que s'accroître ces dernières années. Le médecin généraliste sera donc de plus en plus confronté à une collaboration avec les sages-femmes en ce qui concerne le suivi de ses patientes.

Pourtant, notre étude a relevé que seulement un interne sur deux (52,1%) possède des connaissances suffisantes en ce qui concerne les compétences des sages-femmes, et ce malgré l'accroissement des compétences et la publicité relayée par le ministère de la santé. De plus, le stage en obstétrique n'influe pas sur les connaissances des compétences des sages-femmes par les internes.

Quels outils mettre en place pour le développement d'une collaboration durable ? Une meilleure communication semble indispensable entre les deux professions et ce dès l'université. La meilleure connaissance du rôle de chacun passe par l'intégration à la faculté et aux échanges entre étudiants et professionnels sur le terrain.

Ainsi, il serait intéressant dans quelques années de comparer cette étude avec une autre étude sur des internes qui auront été très tôt en contact avec des sages-femmes. Et pourquoi pas de réévaluer les connaissances de nos mêmes internes après quelques années d'exercice sur le terrain ?



Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées [Internet] [cité 31 mars 2017] Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_566468
2. Gouilhers S. Enjeux identitaires pour les sages-femmes autour du suivi de grossesse [Genève] : Université de Genève ; master en sociologie ; 2009.145p
3. Système informatique distribué d'évaluation en santé [Internet] [cité 31 mars 2017] Disponible sur <http://side-sante.org/>
4. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine
5. Internat Limousin [Internet] [cité 31 mars 2017] Disponible sur http://www.unilim.fr/internat_limousin/
6. Entretien oral avec Pr Buchon : avril 2016
7. Article L4151-1 du code de la santé publique [Internet] [cité 31 mars 2017] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=&categorieLien=cid>
8. Ordre des sages-femmes conseil national [Internet] [cité 31 mars 2017] Disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>
9. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet] [cité 31 mars 2017] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
10. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination [Internet] [cité 31 mars 2017] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032630558&categorieLien=id>
11. Girardot-Chareyron A. Connaissances des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Ile-de-France. [Paris] :



Université Paris Diderot-Paris 7 ; thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine ; 2015

12. Gral A. Evaluation des connaissances des sages-femmes hospitalières du Limousin sur leurs nouvelles compétences. [Limoges] : Université de Limoges ; mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme ; 2016
13. Bertrand L. Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes : état des lieux et attentes. [Toulouse] : Université Paul Sabatier ; mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme ; 2008
14. Champeaux R. Analyse des freins et des facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. [Poitiers] : Université de Poitiers ; thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine ; 2013
15. Deshays V. Les freins au suivi de la grossesse en médecine générale : étude quantitative auprès des médecins généralistes installés en Limousin. [Limoges] : Université de Limoges ; thèse pour le diplôme de docteur en médecine ; 2016
16. Lottin A. Le suivi médical des nourrissons de 0 à 6 mois dans le réseau périnatal des 2 Savoie. [Lyon] : Université Claude Bernard ; thèse pour le diplôme de docteur en médecine ; 2013
17. Gentric A. Suivi de grossesse : avis des femmes sur le choix du professionnel de santé et la place du médecin généraliste. [Nice] : Université Sophia Antipolis ; thèse pour le diplôme de docteur en médecine ; 2015
18. Laouenan A. Les critères de choix des patientes pour déterminer le professionnel de santé qui assurera le suivi de la grossesse. [Brest] : Université de Bretagne occidentale ; mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme ; 2012



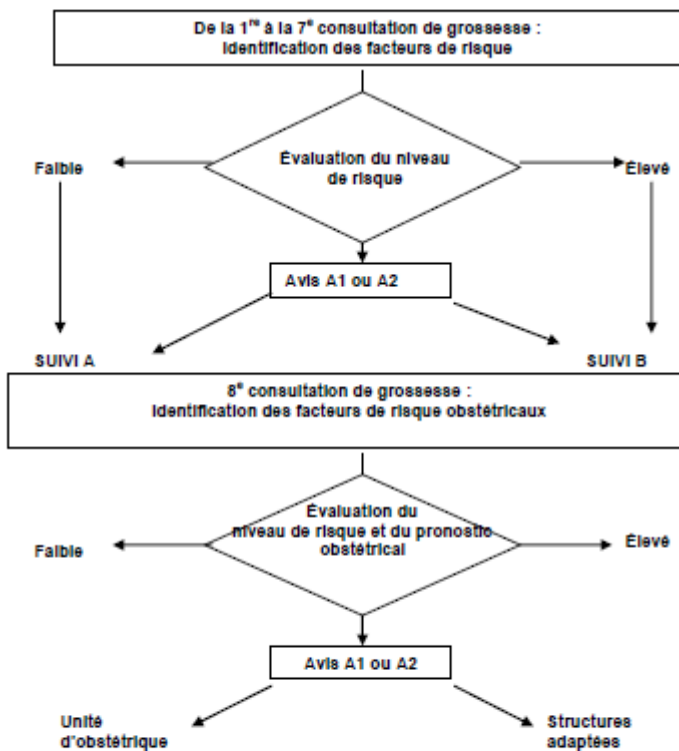
Annexe I : source www.has.fr

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

Schéma 1. Arbre décisionnel pour l'orientation des grossesses en termes de suivi et de structure.

Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) ; **avis A1 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé ; **avis A2 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire et l'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire ; **suivi B :** le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Unité d'obstétrique : telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique ; **structures adaptées :** au risque de la mère et de l'enfant à naître.



HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016



Tableau 1. Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative) (accord professionnel).

Période préconceptionnelle ou 1 ^{re} consultation de grossesse		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes	Unité d'obstétrique si facteur isolé
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	À adapter pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A	Unité d'obstétrique
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	À adapter
Antécédents familiaux - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	À adapter en fonction de l'anomalie
TOXIQUES		
Sevrage alcoolique	A1	À adapter en fonction des conséquences
Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)	A2	À adapter

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016

25

ANTECEDENTS PERSONNELS PREEXISTANTS NON GYNECOLOGIQUES		
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux		
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2	À adapter
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B	À adapter
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1	Unité d'obstétrique
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B	À adapter
Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques		
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
Hypertension artérielle	B	À adapter
Diabète	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B	À adapter
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow - Maladie de Basedow	A1 B	Unité d'obstétrique À adapter
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce	À adapter
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire) - Asthme modéré, ancien, contrôlé	B A	À adapter Unité d'obstétrique
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce	À adapter

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016

26

Drépanocytose et autres hémoglobinopathies :		
- mère homozygote	B	À adapter
- mère hétérozygote	A2	Unité d'obstétrique
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	À adapter
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
- Néphropathie	B	À adapter
- Uropathie	A2	Unité d'obstétrique si sans retentissement
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	À adapter
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	Unité d'obstétrique
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce	À adapter
Maladies infectieuses		
Séropositivité VIH	B	À adapter
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique
Hépatite C ou B active	A2	À adapter
ANTECEDENTS PERSONNELS PREEXISTANTS GYNECOLOGIQUES		
Pathologies utéro-vaginales		
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter
Mutilations sexuelles	A1	À adapter

Chirurgie cervico-utérine		
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	À adapter
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	À adapter
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	À adapter
Distylbène syndrome	B	À adapter
ANTECEDENTS PERSONNELS LIES A UNE GROSSESSE PRECEDENTE		
Antécédents médicaux		
Infections urinaires récurrentes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique
Diabète gestationnel	A	À adapter en fonction d'une récurrence au cours de la grossesse
Antécédents obstétricaux		
Césarienne	A2	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	À adapter en fonction du terme
Hypertension gravidique	A2	À adapter en fonction de la récurrence
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B	
Fausses couches répétées au cours du 1^{er} trimestre :		
- sans étiologie	A2	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications
- avec étiologie SAPL	B	
Fausses couches tardives au cours du 2^e trimestre	B	À adapter en fonction de la récurrence

Accouchement prématuré	A2 précoce B	À adapter en fonction de la récurrence
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2	À adapter en fonction du motif de l'IMG et de la situation actuelle
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter en fonction du déroulement de la grossesse
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 ^e percentile) - Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B B	À adapter À adapter
Antécédents liés à l'enfant à la naissance		
Asphyxie périnatale avec séquelles	B	À adapter
Mort périnatale inexpliquée	B	À adapter
Anomalie congénitale ou génétique	A2	À adapter
Antécédents liés à l'accouchement précédent		
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1	À adapter
Déchirure du sphincter anal	A2	Unité d'obstétrique
Dépression du <i>post-partum</i> , stress post-traumatique	A	Unité d'obstétrique
Psychose puerpérale	A2	À adapter
Dystocie des épaules	A1	À adapter

Durant la grossesse (de la 2 ^e à la 7 ^e consultation - du 4 ^e au 8 ^e mois)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GENERAUX		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
TOXIQUES		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	À adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	À adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	À adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion
FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter

Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde	B	À adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	À adapter
Anémie gravidique	A	À adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	À adapter
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...)		
- au 1 ^{er} trimestre de grossesse	A2	Unité d'obstétrique
- au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	B	À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie foetale
Rubéole	B	À adapter si pathologie foetale
Infection à cytomégalovirus	B	À adapter si pathologie foetale
Herpès génital primo-infection ou récurrence	B	À adapter si survenue durant 3 ^e trimestre de grossesse

Infection à parvovirus B19	B	À adapter si pathologie foetale
Varicelle/ zona	B	À adapter si pathologie foetale
Hépatite B aiguë	B	À adapter
Hépatite virale A, C, D ou E	B	À adapter
Tuberculose	B	À adapter
Infection VIH	B	À adapter
Syphilis	B	À adapter
Grippe	A1	À adapter en fonction du terme et des répercussions materno-foetales
Listériose	B	À adapter
Paludisme	B	À adapter
Chikungunya	B	À adapter
Maladie périodontale	A	Unité d'obstétrique
FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES		
Cancer du col	A2	À adapter
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter
Kyste ovarien	A2	Unité d'obstétrique
Cancer du sein	B	À adapter

Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginose bactérienne	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	À adapter
Hydramnios	B	À adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	À adapter
Amniocentèse/ponction des villosités chorionales	A2	À adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	À adapter
Pertes de sang persistantes		
- avant 16 SA	A2	Unité d'obstétrique
- après 16 SA	A2	À adapter
Hémorragies fœto-maternelles	B	À adapter
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter
Béance cervicale	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)

Menace d'accouchement prématuré	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire		
- bichoriale	A2	Unité d'obstétrique
- monochoriale	B	À adapter
Grossesse triple	B	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	À adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance fœtale	B	À adapter
Mort fœtale <i>in utero</i>	B	À adapter
Anomalies de localisation du placenta	B	À adapter
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 SA	B	À adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique

Consultation du 9 ^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	À adapter
Macrosomie	A2	À adapter
Présentation non céphalique à terme	B	À adapter
Suspicion de dystocie	B	À adapter



Annexe II source www.ameli.fr

La liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes est fixée par l'arrêté du 4 février 2013 publié au Journal officiel du 13 février 2013.

Les médicaments que vous pouvez prescrire à vos patientes

Liste des classes thérapeutiques ou des médicaments autorisés pour votre usage professionnel ou votre prescription auprès des femmes :

- Antiacides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux.
- Antisécrétoires gastriques :
 - antihistaminiques H2, de préférence la ranitidine ou la famotidine ;
 - inhibiteurs de la pompe à protons, de préférence l'oméprazole.
- Antiseptiques locaux.
- Anesthésiques locaux : médicaments renfermant de la lidocaïne.
- Antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de première ligne des cystites et bactériuries asymptomatiques chez la femme enceinte selon les recommandations officielles en vigueur. Prescription non renouvelable pour une infection donnée.
- Antibiotiques par voie orale ou parentérale en prévention d'infections materno-fœtales chez la femme enceinte, selon les recommandations officielles en vigueur.
- Anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonacides, antibactériens et antiherpétiques.
- Antispasmodiques.
- Antiémétiques.
- Antalgiques :
 - paracétamol ;
 - tramadol ;
 - nefopam ;
 - association de paracétamol et de codéine ;
 - association de paracétamol et de tramadol ;
 - nalbuphine, ampoules dosées à 20 mg. La prescription est réalisée dans le cadre d'un protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur. L'usage est limité au début du travail et à une seule ampoule par patiente.
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens en post-partum immédiat.
- Antiviraux en prévention des récurrences d'herpès génital en fin de grossesse.



- Contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration.
- Médicaments homéopathiques.
- Laxatifs.
- Vitamines et sels minéraux par voie orale.
- Acide folique aux doses recommandées dans la prévention primaire des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural.
- Topiques à activité trophique et protectrice.
- Médicaments de proctologie : topiques locaux avec ou sans corticoïdes et anesthésiques.
- Solutions de perfusion :
 - solutés de glucose de toute concentration ;
 - soluté de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;
 - soluté de gluconate de calcium à 10 % ;
 - solution de Ringer.
- Ocytociques : produits renfermant de l'ocytocine.
- Oxygène.
- Médicaments assurant le blocage de la lactation ;
- Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote exclusivement en milieu hospitalier, et sous réserve d'une formation adaptée.
- Vaccins sous forme monovalente ou associés contre les pathologies suivantes : tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche (vaccin acellulaire), rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B, grippe, affections liées au papillomavirus humain, infections invasives par le méningocoque C.
- Immunoglobulines anti-D.
- Produits de substitution nicotinique.
- Salbutamol par voie orale et rectale.

Par ailleurs, les sages-femmes sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin des médicaments suivants :

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

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

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



Les médicaments que vous pouvez prescrire aux nouveau-nés

Liste des classes thérapeutiques ou des médicaments autorisés pour votre usage professionnel ou votre prescription auprès des nouveau-nés :

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

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

- Adrénaline par voie injectable ou intratrachéale dans la réanimation du nouveau-né.
- Naloxone.

Médicament classé comme stupéfiant

Médicament classé comme stupéfiant que vous pouvez prescrire à vos patientes ou vous procurer pour votre usage professionnel :

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

L'arrêté du 27 juin 2006 (JO du 2 juillet 2006) étend le droit de prescription des sages-femmes, jusqu'alors limité à la prescription de diaphragmes, capes et contraceptifs locaux, et à la prescription d'une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse (article L.5134-1 du code de la santé publique).

Les sages-femmes peuvent prescrire à leurs patientes les dispositifs médicaux suivants :

- Ceinture de grossesse de série*
- Orthèse élastique de contention des membres inférieurs
- Sonde ou électrode cutanée périnéale
- Electrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale
- Pèse-bébé*
- Tire-lait
- Diaphragme
- Cape cervicale*
- Compresses, coton, bandes de crêpe, filet tubulaire de maintien, suture adhésive et sparadrap

* Ces dispositifs médicaux ne sont pas remboursables par l'Assurance Maladie.



ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE

1. Etes-vous :
UN HOMME UNE FEMME

2. Quel âge avez-vous ?
.....

3. En quelle année d'étude êtes-vous ?
TCEM1 TCEM2 TCEM3

4. Avez-vous déjà été en contact avec une sage-femme dans le cadre de votre vie privée (pour vous-même, pour un proche, en connaissez-vous personnellement) ?
OUI NON

5. Avez-vous été en stage en Gynécologie-Obstétrique pendant votre externat ?
OUI NON

6. Avez-vous été en stage de Gynécologie-Obstétrique pendant votre internat ?
OUI NON

7. Avez-vous suivi des cours de Gynécologie-Obstétrique pendant votre internat ?
OUI NON

Dans la suite du questionnaire les compétences obstétricales, gynécologiques et pédiatriques seront présentées sous forme de cas cliniques où vous aurez à répondre par vrai ou faux.



OBSTETRIQUE :

Mme A est en début de grossesse et consulte une sage-femme.

1. La sage-femme peut déclarer la grossesse.

VRAI FAUX

2. La sage-femme peut pratiquer une échographie de datation de grossesse.

VRAI FAUX

3. La sage-femme peut prescrire un bilan sérologique pendant la grossesse type HIV, Hépatite B, Syphilis.

VRAI FAUX

4. Toute sage-femme est habilitée à prescrire des substituts nicotiques à une femme enceinte.

VRAI FAUX

Mme A est en salle de naissance depuis 3h avec des contractions utérines très douloureuses mais non efficaces sur son col. Elle est en tout début de travail et ne peut pas encore bénéficier de l'analgésie par péridurale.

5. La sage-femme peut lui prescrire et lui administrer de la Nalbuphine (NUBAIN) un dérivé morphinique.

VRAI FAUX

Mme A est maintenant installée pour l'accouchement mais les efforts de poussée sont inefficaces sur la descente du bébé.

6. La sage-femme peut utiliser une ventouse ou un forceps sans attendre l'obstétricien.

VRAI FAUX



7. De retour chez elle, Mme A constate un sein douloureux et rouge. Elle appelle sa sage-femme. Celle-ci peut lui prescrire un anti-inflammatoire non stéroïdien pendant son allaitement maternel.
- VRAI FAUX

Quelques années après, Mme A revient vous voir car elle est prête à accoucher de son deuxième enfant. Elle n'a pas le temps d'avoir une analgésie par péridurale et il faut faire une épisiotomie.

8. La sage-femme peut injecter un anesthésiant local (lidocaïne) sur le périnée de Mme A.
- VRAI FAUX

9. La sage-femme se rend compte que Mme A présente un périnée complet (atteinte du sphincter anal). La sage-femme peut suturer cette déchirure.
- VRAI FAUX

10. En suites de couches Mme A se plaint de brûlures mictionnelles. L'ECBU est positif et l'Antibiogramme est revenu. La sage-femme peut, sans demander avis à un médecin, prescrire Oroken 200mg (Antibiotique) pour traiter son infection urinaire.
- VRAI FAUX

GYNECOLOGIE :

Vous recevez au cabinet Mme B, 18 ans, sans antécédent particulier. Elle souhaite consulter dans le cadre d'une première contraception. Elle vous demande si elle peut consulter une sage-femme.

1. C'est possible.
- VRAI FAUX



Mme B choisit une pilule oestro-progestative.

2. La sage-femme peut lui prescrire cette pilule et le bilan biologique associé.
VRAI FAUX

Elle revient quelques mois après suite à des oublis de pilule avec un test de grossesse positif. Elle souhaite une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).

3. La sage-femme peut prescrire et délivrer les comprimés de Mifépristone (MIFEGYNE) et de Misoprostol (CYTOTEC) si elle choisit une IVG médicamenteuse.
VRAI FAUX

4. La sage-femme peut pratiquer une IVG par méthode chirurgicale.
VRAI FAUX

A la suite de l'IVG, Mme B souhaite un implant type Nexplanon.

5. La sage-femme peut le lui prescrire, le lui poser et le retirer.
VRAI FAUX

Mme B se fait suivre régulièrement et a aujourd'hui 25 ans.

6. La sage-femme peut pratiquer son frottis cervico-vaginal.
VRAI FAUX

Mme B souhaite un stérilet au cuivre.

7. La sage-femme peut le lui prescrire, le lui poser et le retirer.
VRAI FAUX

8. La sage-femme ne peut pas assurer le suivi de son stérilet et Mme B devra le faire suivre par un médecin.
VRAI FAUX



Après sa grossesse et son accouchement par césarienne, Mme B voudrait prendre rendez-vous avec une sage-femme pour effectuer sa visite post-natale.

9. C'est possible.
VRAI FAUX

Elle souhaite aussi effectuer sa rééducation périnéale avec une sage-femme.

10. C'est possible.
VRAI FAUX

PEDIATRIE :

Mme C vient d'accoucher d'une petite fille, Camille.

1. La sage-femme peut pratiquer l'examen pédiatrique complet de Camille en salle de naissance.
VRAI FAUX
2. La sage-femme peut signer le certificat du 8^{ème} jour après avoir fait l'examen pédiatrique de Camille.
VRAI FAUX
3. La sage-femme peut prescrire et délivrer à Camille sa vitamine K1 et sa vitamine D.
VRAI FAUX

La sérologie Hépatite B est positive chez sa mère.

4. La sage-femme peut prescrire et injecter des immunoglobulines anti-hépatite B à Camille.
VRAI FAUX



Mme D vient d'accoucher d'un garçon, Julien, qui présente une sévère détresse respiratoire à la naissance. La sage-femme est seule.

5. La sage-femme peut désobstruer l'enfant en passant une sonde d'aspiration dans la bouche et le nez.

VRAI FAUX

6. La sage-femme peut ventiler l'enfant.

VRAI FAUX

7. La sage-femme peut intuber Julien.

VRAI FAUX

8. La sage-femme peut effectuer un massage cardiaque à Julien.

VRAI FAUX

9. Toujours seule, attendant l'arrivée du pédiatre, la sage-femme peut prescrire et délivrer de l'adrénaline (par voie intra trachéale ou intra veineuse) à Julien.

VRAI FAUX

Quelques années plus tard, Mme D accouche d'un deuxième enfant, Juliette. L'accouchement par voie basse s'est très bien passé et Juliette a présenté une bonne adaptation à la vie extra-utérine. A J2 des suites de naissance, Juliette présente une coloration ictérique objectivée par une bilirubine sanguine pathologique.

10. La sage-femme peut prescrire une photothérapie à Juliette.

VRAI FAUX



Pensez-vous qu'il est important dans le cadre de votre métier de connaître les compétences des sages-femmes ? Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Souhaitez-vous des informations complémentaires, un topo sur les compétences des sages-femmes ? Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



