

Législation et autorisation en obstétrique

Autor(en): **Fenney, R.J.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **83 (1985)**

Heft 4

PDF erstellt am: **10.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950384>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Législation et autorisation en obstétrique

par Mr. R. J. Fenney, CBE, BA (Admin.), Secrétaire du Conseil Central des Sages-femmes, Royaume-Uni

L'Etat s'intéresse d'une manière fondamentale aux soins de maternité. En général, cette activité est conditionnée par l'octroi d'autorisation pour des installations (hôpitaux et agences) et des personnes (médecins avec autorisation générale pour exercer leur profession; sages-femmes avec autorisation pour exercer leur profession de manière limitée).

Quand l'Etat même agit comme agence de fourniture d'installations, la politique d'octroi d'autorisation peut être modifiée par l'expédience.

Dans certains pays, en particulier ceux d'une structure socialiste, la profession de sage-femme est devenue semblable à celle de fonctionnaire, et se trouve toujours, selon la loi, sous une autorité médicale appropriée. Si le service est organisé sur une base hiérarchique, donc l'autorisation des installations dépend des fonctions administratives, mais il faut la lier à l'octroi d'autorisation du personnel (des médecins et des membres des professions sanitaires voisines).

La base de la législation pour reconnaître et régler une profession peut être soit «amicale», soit «peu amicale». Dans le premier cas, c'est la profession qui l'organise et la finance au bénéfice de la profession, tandis que dans le deuxième c'est l'Etat qui l'organise et finance au bénéfice du public. Dans les deux cas on peut tirer les mêmes conclusions et utiliser la même méthode, par exemple, régler la formation appropriée, organiser des examens, définir les limites de la pratique, ou pénaliser les praticiens peu satisfaisants.

Essentiellement, les soins professionnels d'une infirmière sont définis selon les statuts comme la réalisation de traitement prescrit par un médecin autorisé et l'application des capacités de la profession d'infirmière. Dans le cas des sages-femmes, cependant, les limites de la pratique varient selon la définition légale en chaque pays.

Il existe peu de précédents. Cependant, il peut s'agir de questions de l'étendue de la pratique dans des poursuites judiciaires criminelles concernant la violation des lois d'autorisation, dans des poursuites civiles basées sur la négligen-

ce, dans la revue judiciaire des actions disciplinaires des agences d'octroi d'autorisation, et dans des jugements déclaratifs. Le rôle correct des statuts sur l'octroi d'autorisation est celui de protéger le public contre des praticiens non qualifiés, mais ce n'est pas de donner de compensation aux personnes lésées. Il est très difficile de définir les limites de la pratique en obstétrique de sorte que la législation concernée n'empêche pas le développement spontané lorsque les connaissances augmentent et que les normes s'améliorent.

L'Europe

Dans la plupart des pays européens il y a une législation pour établir des systèmes nationaux d'octroiement basés sur des normes d'instruction qui se développent depuis les temps médiévaux, quand les professions de sage-femme et de médecin étaient sous la domination ecclésiastique. Le Royaume-Uni est une exception, puisqu'il a eu une lacune législative depuis 1649 (lorsque le Parlement Long a emporté le pouvoir des évêques dans cette affaire parmi d'autres) jusqu'à 1902.

Il y a eu deux développements différents: le système traditionnel européen où la sage-femme est indépendante mais limitée dans la pratique, et le système où l'obstétrique est une extension des soins des infirmières et la sage-femme agit selon la responsabilité légale de l'autorité qui l'emploie ou d'un surveillant médecin. Bien que dans beaucoup de pays la loi donne à la sage-femme le droit d'entreprendre la surveillance et les soins de la mère et son bébé dans des conditions précises, de manière indépendante, cette indépendance n'empêche pas qu'elle coopère avec tous les services sanitaires et sociaux, ni que son travail ne soit intégré au programme général de santé. En effet, le développement des services institutionnels presque universels dans l'URSS et les pays socialistes signifie que la sage-femme agit toujours sous l'autorité médicale.

La reconnaissance légale de la sage-femme mâle (feldscher) a été bien établie dans des pays de l'Europe Orientale. En Europe Occidentale, ceci vient de fi-

gurer dans les codes. En 1972, le Parlement Européen a accepté que le terme «sage-femme» (femelle) doit comprendre «accoucheur» (mâle). La pression en faveur de la législation contre la discrimination sexuelle, aussi bien que la reconnaissance des qualifications de l'Europe Orientale, font que la position légale des sages-femmes mâles change progressivement dans les pays différents.

Les Directives de la CEE sur les Sages-femmes du 21 janvier de 1980, qui entreront en vigueur en janvier de 1983, représentent peut-être la tentative la plus importante jusqu'à présent de coordination de législation dans le domaine de l'obstétrique.

Directives de la CEE

Les Etats Membres des Communautés Européennes, auxquels les Directives sont appliquées, sont l'Allemagne Fédérale, la Belgique, la France, le Danemark, la République d'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, la Grèce, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

La Directive 80/154/CEE prévoit la reconnaissance réciproque des diplômes de sage-femme dans les Etats Membres, pourvu que la loi nationale soit modifiée d'une façon appropriée. Elle ne s'applique qu'aux sages-femmes qui sont des nationaux d'un Etat Membre et qui possèdent les diplômes appropriés de cet Etat après avoir reçu une formation dans cet Etat.

La Directive 80/155/CEE établit les conditions minimum requises dans les Etats Membres pour le 23 janvier de 1983, en ce qui concerne les personnes qui veulent obtenir un des diplômes reconnus réciproquement, et précise un champ minimum commun d'activités que la sage-femme qualifiée a le droit de réaliser dans chaque Etat Membre.

On indique onze activités à l'article 4 de cette Directive:

1. Fournir des informations et des conseils au sujet du planning familial.
2. Diagnostiquer la gestation et contrôler la grossesse normale; réaliser les examens nécessaires pour contrôler le développement de la gestation normale.
3. Faire les examens nécessaires pour le diagnostic le plus tôt possible des grossesses à risque.
4. Donner un programme de préparation à la maternité et une préparation complète en vue de l'accouchement, y compris des conseils sur l'hygiène et la nutrition.
5. Soigner et aider la mère pendant le travail, et contrôler l'état du fœtus

dans l'utérus au moyen de méthodes cliniques et techniques appropriées.

6. Conduire des accouchements spontanés, y compris l'épisiotomie en cas de nécessité et, en cas d'urgence, un accouchement par le siège.
7. Reconnaître les signes avertisseurs de l'anomalie chez la mère ou chez l'enfant qui nécessitent la présence d'un médecin; aider le médecin en cas de nécessité; et prendre des mesures d'urgence nécessaires en l'absence du médecin, en particulier l'extraction manuelle du placenta, pouvant être suivie par la révision utérine.
8. Examiner et soigner le nouveau-né; prendre toutes les initiatives nécessaires et réaliser la réanimation immédiate en cas de nécessité.
9. Soigner la mère et contrôler son progrès pendant la période postnatale, et donner tous les conseils nécessaires à la mère au sujet des soins pour l'enfant de manière qu'elle puisse assurer le meilleur état possible du nouveau-né.
10. Exécuter les soins prescrits par un médecin.
11. Tenir toutes les archives nécessaires.

Ceci est l'affirmation internationale la plus compréhensive des limites appropriées dans la pratique des sages-femmes que l'on a présenté sous forme législative.

L'Amérique du Nord

Aux Etats-Unis et au Canada les législations des états, un à un, révisent leurs lois d'octroi d'autorisation concernant les infirmières/sages-femmes. C'est un signe inévitable du progrès, le seul fait que, après plusieurs décennies pendant lesquelles une présence médicale était exigée presque partout, les états les plus progressifs font face à la perspective de la reconnaissance légale de l'octroi d'autorisation limitée.

L'Amérique latine

En l'Amérique du Sud on voit la confrontation entre l'optique européenne de la sage-femme comme une personne qui exerce sa profession de façon limitée et de son propre chef (par exemple au Chili) et celle du système des Etats-Unis. C'est une ironie que les pays qui ont adopté le système le plus rapproché de celui des Etats-Unis et du Canada ont éliminé l'octroiement légal d'autorisation des sages-femmes au moment où ces pays-ci le réintroduisent.

L'Afrique

En Afrique les divisions principales correspondent, peut-être dans une forme plus exagérée, aux systèmes légaux des anciennes administrations coloniales. Les pays africains francophones ont adopté le système qui reconnaît la sage-femme légalement comme une praticienne de son propre chef avec un grand domaine de pratique. Cependant, les pays africains anglophone ont adopté le système britannique, selon lequel la sage-femme est un type spécialisé d'infirmière dont le statut légal et l'octroi d'autorisation dépendent dans une mesure beaucoup plus grande des actions prises sur la base de l'autorisation des installations ou du contrôleur médical. Il faut espérer que l'application générale des Directives de la CEE en Europe contribuera à la résolution de quelques-uns des conflits législatifs dans des pays africains.

Autres pays

Partout en Asie il reste des enclaves où le service de maternité et sa base légale sont dérivés des influences occidentales.

Comme les pays africains anglophones, l'Inde a une série de lois dérivées du système britannique selon lesquelles la sage-femme est un type spécial d'infirmière.

Egalement en Nouvelle-Zélande et aux états du Commonwealth d'Australie on considère que l'obstétrique est une branche de la profession d'infirmière, et il n'y a pas de domaine net de pratique.

Conclusion

La mise en œuvre des Directives de la CEE sur l'obstétrique, avec la reconnaissance légale de la sage-femme comme une praticienne assez distincte de la profession d'infirmière doit donner l'occasion à tous les membres de la Confédération Internationale des Sages-femmes d'appeler l'attention sur la nécessité de la reconnaissance légale.

La dernière analyse de l'Organisation Mondiale de la Santé au sujet de la législation sur l'obstétrique a été publiée en 1956. Les informations pour une nouvelle analyse existent déjà dans le «Digeste International de Législation Sanitaire», et à mon avis, toute pression que pourrait exercer la CISF sur l'OMS pour obtenir une telle publications serait très utile.

Les soins prénatals donnés par la sage-femme en clientèle

par F. Lugtenberg, Sage-femme, Zwolle, Pays-Bas

Selon des chiffres du Bureau Central des Statistiques, un tiers de toutes les mères aux Pays-Bas sont accouchées par des sages-femmes travaillant isolément. Ces sages-femmes assument la pleine responsabilité des soins médicaux donnés pendant la grossesse, le travail et la puerpéralité, et de l'examen six semaines après l'accouchement, lorsque la femme et son enfant cessent de recevoir les soins de celles-là. Il s'agit d'une période d'environ neuf mois, étant donné que la première visite au dispensaire a lieu normalement pendant la huitième semaine de la gestation. Il y a une sélection pendant la grossesse, et les cas à haut risque sont envoyés à un accoucheur. Le taux de référence pour une sage-femme pendant la gestation se trouve entre 17 et 20%, d'où il paraît qu'au commencement de la gestation la moitié de tous les soins prénatals sont dans les mains des sages-femmes travaillant seules.

Les soins prénatals peuvent être divisés en trois catégories: les soins préventifs, les soins curatifs, et les conseils. La plupart des activités routinières peuvent être considérées sous le titre de «soins préventifs». Bien que tout le monde sache ce que ces soins comprennent, je vais les énumérer brièvement, parce que hors des Pays-Bas il est peu usuel que des sages-femmes en prennent la pleine responsabilité.

Pendant la première visite au dispensaire on note tous les antécédents de la cliente, tant médicaux qu'obstétricaux. En cas de nécessité, on peut obtenir des données supplémentaires du médecin de famille ou d'un spécialiste. Au cours de cette première visite et à toutes les visites suivantes on cherche la protéine et les sucres réducteurs dans les urines. Enfin, on peut faire des épreuves sanguines avec la collaboration du médecin de famille, pour éliminer la possibilité