

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES FEMMES
Diplôme d'Etat de Sage-femme

**Les évolutions de l'exercice de la
profession de sage-femme au travers de
son code de déontologie**

Juliette RAIMBAULT

Directeur de mémoire : Madame Cécile MOULINIER

Années universitaires 2010-2014

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction | 1 |
| Partie I – L'origine de la déontologie..... | 2 |
| A. La morale de la déontologie..... | 2 |
| 1-La naissance du mot « déontologie » | 3 |
| 2-Historique de la morale des sages-femmes et de leur profession..... | 7 |
| B. La déontologie au travers des professions..... | 9 |
| 1-Ce que représente la déontologie pour les professionnels..... | 9 |
| 2-Cas particuliers des Ordres et application des sanctions..... | 12 |
| Partie II - La concrétisation de la déontologie des sages-femmes et ses évolutions | 15 |
| A. Respect de la personne humaine | 16 |
| 1-La primauté de l'intérêt des patients ou du groupe..... | 16 |
| - De l'intérêt des patientes..... | 16 |
| - Un rôle dans la santé publique | 20 |
| 2-Devoirs du praticien et droits du patient..... | 22 |
| - Le libre choix du praticien par le patient..... | 22 |
| - La non-discrimination et le respect de la dignité et des convictions..... | 24 |
| - Le secret professionnel..... | 27 |
| - Le devoir de discrétion..... | 31 |
| - Les droits du patient en 2012 | 33 |
| B. La dignité de la profession | 37 |
| 1-Le maintien d'une bonne image..... | 37 |
| - L'image donnée au public..... | 38 |
| - Les relations avec les autres professionnels..... | 40 |
| 2-... qui passe également par la probité..... | 45 |
| - Concernant les intérêts financiers | 45 |
| - Concernant la morale de la profession | 49 |
| C. Obligation de moyens..... | 52 |
| - Les compétences de la sage-femme | 53 |
| - Les conditions d'exercice de la profession | 58 |
| D. Autonomie | 62 |
| - L'autonomie vis-à-vis des autres professionnels | 62 |
| - La libre fixation des honoraires..... | 64 |
| - L'autonomie vis-à-vis de la patiente..... | 66 |

| | |
|---|----|
| Conclusion..... | 69 |
| Bibliographie..... | 71 |
| Annexes..... | 73 |
| Code de déontologie des sages-femmes de 1949..... | 73 |
| Code de déontologie des sages-femmes | 76 |
| (Version consolidée le 19 juillet 2012)..... | 76 |
| CODE PENAL..... | 85 |
| CODE DE LA SANTE PUBLIQUE | 86 |

Introduction

Le code de déontologie tient une part importante dans la profession de sage-femme. En effet, chaque sage-femme nouvellement diplômée doit prêter serment de le respecter ; il s'impose ainsi à toute sage-femme inscrite au tableau de l'Ordre, c'est-à-dire à toute sage-femme souhaitant exercer hormis les sages-femmes appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées.

Le premier code de déontologie des sages-femmes date de 1949. Le décret dans lequel il est mentionné a depuis été remplacé par le décret du 8 août 1991 ; un décret de 2004 a également rattaché le code de déontologie au code de la santé publique en l'incluant dans la quatrième partie réglementaire de celui-ci, de l'article R.4127-301 à l'article R.4127-367. Enfin, à la demande du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes et d'après ses propositions, le code a fait l'objet de plusieurs modifications, apportées successivement par les décrets du 17 octobre 2006, du 27 août 2008 et du 17 juillet 2012. C'est justement ce dernier décret qui a été le plus grand remaniement qu'a connu ce code à l'heure d'aujourd'hui, effectué dans le but de rattraper la récente et rapide évolution de notre métier et de tenir compte des évolutions législatives et réglementaires, par exemple la parution de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui apporte également des ajouts sur les compétences des sages-femmes.

Bien que, comme nous pouvons le constater, la déontologie est passée dans le domaine juridique – au moins en partie – elle s'est depuis sa création appuyée sur certains principes fondamentaux qui en constituent ses fondations. Dès lors, la question se posait de savoir ce qu'il était advenu de ces grands principes parmi les changements successifs que le code de déontologie a traversé et les évolutions récentes dans le domaine de la santé ; certains de ces principes ont-ils été ôtés, modifiés, d'autres ajoutés ? Comment le dernier code de déontologie des sages-femmes traduit-il les modifications de notre métier et de notre système de santé ?

Pour répondre à cette question, nous allons donc effectuer une analyse comparative des deux extrêmes du code de déontologie des sages-femmes, c'est-à-dire sa première édition datant de 1949 et la dernière de 2012, après avoir étudié plus en avant ce qu'est la déontologie, quelle est son origine et ce qu'elle représente pour la profession de sage-femme.

Partie I – L'origine de la déontologie

De nos jours, nous entendons le terme "déontologie" de plus en plus couramment et employé plus largement qu'il y a quelques années, entraînant peu à peu une véritable banalisation et une perte de sens d'un mot qui en recelait pourtant beaucoup lors de sa création.

Ainsi, qu'est-ce que réellement la déontologie et d'où vient-elle ? Quelle est sa signification profonde, comment a-t-elle fini par être appliquée sous forme de codes et pourquoi ces codes sont-ils de plus en plus recherchés actuellement ?

Nous verrons tout d'abord que la déontologie est née au XIX^{ème} siècle mais qu'elle existait pourtant bien avant d'être définie par ce terme, en remontant l'histoire de l'apparition de la déontologie et de la moralité de la profession de sage-femme (A). Nous nous attarderons ensuite sur ce qu'est la déontologie pour une profession, ce qu'elle sous-entend pour celle-ci et le reste de la population et comment les professions soumises à un code de déontologie peuvent être tenues de l'appliquer (B).

A. La morale de la déontologie

La déontologie est, d'une certaine manière, née d'une concrétisation de la morale comme la conceptualisait son auteur, avant que l'expression ne soit reprise et enrichie en signification au cours des années jusqu'à aujourd'hui, où on la connaît mieux sous forme de code (et particulièrement pour les professions médicales) (1). Toutefois, la notion que recouvre la déontologie n'est pas apparue soudainement au moment où on lui donnait son nom ; nous étudierons ici l'exemple de la profession de sage-femme en particulier, qui nous intéresse tout spécialement (2).

1-La naissance du mot « déontologie »

Aujourd'hui, le mot déontologie est facilement traduit, avec plus ou moins d'exactitude, par « science des devoirs ». En effet, on ramène souvent l'étymologie de « deonto » à « devoirs » ; nous allons voir qu'il n'en est en réalité pas ainsi, comme on le constate en recherchant la source de la signification de la déontologie. Le terme en lui-même a été inventé par le philosophe anglais Jeremy Bentham (1748-1832), qu'il a développé dans son ouvrage « Deontology, or science of morality » paru à titre posthume en 1834.

J. Bentham s'est appuyé sur sa propre façon d'appréhender la morale, qu'il a largement inscrit dans sa philosophie au cours de sa vie et de ses écrits, afin de définir et d'étudier la déontologie. De ce fait, elle n'appartient pas au domaine de l'éthique, comme on le lit souvent actuellement dans divers ouvrages, mais bien de la morale.

Faisons ici un aparté au sujet de l'éthique et de la morale, pour nous permettre de mieux saisir ce dont il est question quand nous les mentionnons. Les deux termes, l'un d'origine grec (« mores ») et l'autre d'origine latine (« ethos »), évoquent tous deux l'idée de mœurs, chacun dans leur langue. On peut toutefois poser une nuance à leur signification : l'éthique serait ce qui est estimé bon de faire par quelqu'un de façon personnelle, alors que la morale concerne ce qui s'impose comme obligatoire, venant de l'extérieur, à une personne. La morale est alors marquée par les normes de la société où elle s'exerce, des obligations et des interdictions qui s'accompagnent d'exigences d'universalité et d'un effet de contrainte extérieure. Ainsi, si en éthique on parle de « sollicitude » envers autrui, en morale on préférera employer le mot « respect » ; à un « souhait de vie bonne » on substituera l'« universalité »¹. Pour résumer très succinctement la distinction entre les deux, on peut dire que la morale concerne, en quelque sorte, l'aspect concret de la référence aux normes et leur application pratique, tandis que l'éthique vise un plan plus théorique de réflexion sur les fondements de la morale, en amont des normes.

Pour J. Bentham, le but de la morale était d'atteindre son propre bien-être et le propager autour de soi ; à cela visait la déontologie à l'origine. Étymologiquement, la déontologie provient du grec « deonto », qui signifie « ce qui est convenable » et « logie », « connaissance ». Il s'agit donc de la connaissance de ce qui est juste ou convenable. Elle

¹ RICOEUR P. Ethique et morale. 1990. [PDF] <http://pierre.coninx.free.fr/lectures/ethiquemorale.htm>. Consulté le 3/01/2014

se définit comme art par ce qu'il est convenable de faire, comme science par connaître ce qu'il convient de faire en toute occasion et s'inscrit dans une logique sociale de contrôle du groupe sur les individus par le biais de diverses sanctions², besoin qui, nous le verrons, se rattache à l'exercice libéral de la profession concernée et ne s'adresse pas uniquement aux professions médicales. Son ouvrage reprend les bases de sa morale avant de détailler le pourquoi de la déontologie et son application idéale dans la société.

En France, on doit la première mention du mot « déontologie » à Janet, en 1874, toujours dans le domaine de la philosophie. Dès 1845, toutefois, le terme avait déjà été repris par le professeur en médecine Max Simon, médecin légiste, qui en tirera un ouvrage, « Déontologie médicale. Des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation », s'adressant aux professionnels du milieu médical. Dans ce livre, il expose sa prise de conscience du pouvoir que la technique et les sciences, en expansion permanente, confèrent aux médecins ; il prône surtout la nécessité de fixer les limites de ces pouvoirs afin de ne pas outrepasser ses possibilités morales. Pour lui, la déontologie évoque la morale liée à l'exercice d'une profession, s'étendant également à ses droits et pas à ses seuls devoirs. Le fait qu'il n'ait nul besoin, dans son ouvrage, de préciser ce qu'il entend par ces « devoirs » peut indiquer que les devoirs impliqués par la déontologie étaient déjà connus par le corps médical³.

Il faudra attendre la fin de la deuxième guerre mondiale pour qu'une longue réflexion, menée en grande partie par les médecins légistes encore une fois, aboutisse finalement à la création des codes de déontologie. C'est en effet sur près d'un siècle qu'a été étudiée, avec plus ou moins d'assiduité au début, l'idée de regrouper les règles morales propres à certaines professions en règles de déontologie, puis d'introduire un aspect légal à ces règles ; il est vrai que la codification de la déontologie permet la sauvegarde du principe fondamental de légalité de la morale, ajoutée à la certitude des professionnels sur les règles à suivre et leur connaissance immédiate, ou du moins accessible, par tous⁴.

En remontant dans le passé au travers des textes qui nous sont parvenus, on retrouve des traces de ce que dès 1914, la déontologie et la morale de la profession médicale aient été acquises. En effet, si c'est à cette époque que l'enseignement déontologique est officiellement créé dans les études de médecine et fait l'objet d'un module d'étude à part entière, il était en réalité déjà préexistant et instruit aux étudiants au cours de leur

² BENTHAM J. Déontologie, ou Science de la morale, Tome I : Théorie. 1834. Paris : Charpentier. John Bowring, Éditeur scientifique. p. 21-22.

³ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 23-24.

⁴ DANOVI R. Essais sur la déontologie. Bruxelles Bruylant 2002. p. 16.

formation. La principale modification de cet enseignement est de renchérir davantage sur la notion des droits en plus de celle des devoirs du praticien. Les règles déontologiques avaient cependant déjà commencé à être édictées dès 1899, par l'Association des médecins de la Gironde, qui publie alors « Les conseils professionnels et principe de déontologie » ; le fait que la déontologie soit enseignée par des médecins légistes, spécialisés dans le droit, nous traduit le passage de son acceptation morale à une acceptation juridique, bien que la transformation de la philosophie en réalités juridiques n'ait pas été sans provoquer quelques accroc⁵.

L'énonciation de ces principes déontologiques en code, outre leur conception morale de la personne humaine et de l'exercice d'une profession donnée qui est souvent au contact de ces personnes, rejoint des valeurs fondamentales que l'on retrouve dans différents textes juridiques de référence, créés à la même époque que les premiers codes de déontologie : on peut citer ici la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (établie par l'Organisation des Nations Unies le 10 décembre 1948, énonçant des principes généraux mais sans force contraignante) et la Convention Européenne des Droits de l'Homme (adoptée le 4 novembre 1950 par les pays membres du Conseil de l'Europe, dont l'application est dévolue à la Cour européenne des droits de l'Homme)⁶. La naissance des codes de déontologie s'est donc inscrite dans un contexte d'humanité globale, visant à reconnaître non seulement moralement mais surtout juridiquement et donc avec la possibilité de sanctionner tout non-respect de ces principes, l'égalité de tout homme.

D'autres auteurs se sont plus récemment penchés sur l'analyse de la déontologie et son utilité. Ainsi, selon Eirick Prairat, l'objectif de la déontologie n'est ni philosophique ni la compréhension de ce qu'est un devoir, mais un inventaire concret des obligations que doit tenir un professionnel lors de son activité. On ne demande pas au praticien de comprendre le pourquoi de ces règles, mais simplement de les appliquer. On retrouve ainsi la notion de morale et non d'éthique de la déontologie avec une visée pratique et non pas spéculative. Le cadre déontologique permet néanmoins une certaine réflexion sur le sens de nos actions, professionnelles ou non, et le respect des exigences morales. La déontologie peut exister en dehors d'un code de déontologie ; le code de déontologie en général permet simplement de consigner précisément les principes moraux d'une profession ou d'un secteur d'activité, de

⁵ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Aix-en-Provence : Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 25-26.

⁶ DEWEZ F. Déontologie et connaissance de la profession. [PDF] Institut Jean-Pierre Lallemand. 2008-2009. Publié le 3/11/2010. p. 20.

délimiter leur application concrète. Par exemple, pour le code de déontologie médical, il le définit comme « l'ensemble des principes, des règles et des usages que tout médecin doit observer ou dont il doit s'inspirer dans l'exercice de sa fonction » : nous y retrouvons la notion de règles à respecter et des points de référence pour la pratique professionnelle. Le code de déontologie regroupe non seulement les devoirs du praticien, mais également les droits du patient avec lesquels le praticien doit compter⁷. On notera que dans cette analyse, les droits du professionnel sont absents.

De même, dans le « Vocabulaire juridique H. Capitant » en 1985, la déontologie était définie comme l'ensemble des devoirs inhérents à l'exercice d'une activité en profession libérale. Non seulement cette définition ne concerne que les professions libérales, alors que les codes de déontologie s'appliquaient déjà à d'autres types d'exercice, mais de plus, une analyse des différentes déontologies nous montre qu'elles permettent également de préciser les conditions d'exercice d'une profession, de limiter les possibilités d'action d'un professionnel, de lui octroyer des droits ou de subordonner un droit à une autorisation, de définir des règles procédurales et de donner des définitions. Il ne s'agit pas ici que de dispositions énonçant des devoirs, mais de la présence de dispositions des plus variées regroupées en un unique texte⁸.

Nous avons ainsi étudié la manière dont la déontologie a transcendé le stade d'une définition de la morale pour atteindre une réelle application pratique au travers des textes législatifs que sont les codes de déontologie. Nous allons voir à présent ce qu'il en a été pour la profession de sage-femme en particulier, bien avant l'invention du terme déontologie jusqu'à la création de sa propre déontologie conjointement aux évolutions que le métier a connues.

⁷ DEWEZ F. Déontologie et connaissance de la profession. [PDF] Institut Jean-Pierre Lallemand. 2008-2009. Publié le 3/11/2010. p. 4-5.

⁸ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 33-34 ; 59-60.

2-Historique de la morale des sages-femmes et de leur profession

En effet, la profession de sage-femme (de même que celle des médecins, plus évocatrice de la déontologie avec son célèbre exemple du serment d'Hippocrate) n'aura pas attendu la création de la "déontologie" avant de respecter des règles de moralité qui sous-tendaient déjà leur activité professionnelle. Car depuis l'Antiquité, les sages-femmes exercent en accord avec certains principes moraux : dans l'Egypte ancienne ou la Grèce et la Rome antiques, les sages-femmes étaient des prêtresses religieuses des déesses de la fertilité, telles que Isis, Hathor, Artémis, Héra ou Junon et donc soumises aux lois divines du respect de l'humanité (leur refus d'exécuter l'ordre du Pharaon de tuer tous les nouveau-nés hébreux mâles à la naissance en est un exemple)⁹. Bien plus tard, après la fin de l'ère des religions polythéistes et l'installation du christianisme en Europe, le Moyen-âge a vu apparaître des dérives de cet ordre moral, où sous couvert de l'approbation de sa moralité par un certificat du prêtre et l'assurance de son respect des mœurs religieuses, une femme n'avait aucun besoin de connaître le moindre rudiment d'obstétrique pour aider d'autres femmes à accoucher, mais ne manquait pas de passer sûr le bûcher si elle était soupçonnée d'interrompre des grossesses... ou simplement de pratiquer la sorcellerie¹⁰.

Ce sera en priorité avec l'intention d'aider les parturientes, les premières concernées et atteintes par la situation, que Mme La Chapelle, au XVIIème siècle, s'attachera à former avec application des sages-femmes dans toute la France afin de répandre au maximum le savoir obstétrical de l'époque. Au siècle suivant, l'enseignement des sages-femmes commence à introduire un programme médical et obstétrical. Ce sera notamment grâce aux efforts de Mme Le Boursier du Coudray (1712-1792) que l'importance d'une réelle formation des sages-femmes sera mise en valeur ; elle deviendra le premier professeur d'obstétrique, prodiguant un véritable enseignement pratique grâce à son célèbre mannequin d'accouchement (« La Machine de Mme du Coudray ») et ce toujours dans le but d'améliorer le bien-être des femmes et des enfants. Elle commençait également

⁹ http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/legypte_ancienne/index.htm

¹⁰ http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/le_moyenage/index.htm

toujours son cours sur un rappel des devoirs moraux de la sage-femme, qui se doit d'être discrète et droite, de porter secours aux femmes pauvres comme aux riches. Nous pourrions retenir ses mots sur l'accouchement, empreints d'humanité :

« En attendant le moment de délivrer la femme, on doit la consoler le plus affectueusement possible : son état douloureux y engage ; mais il faut le faire avec un air de gaieté qui ne lui inspire aucune crainte de danger. Il faut éviter tous les chuchotements à l'oreille, qui ne pourraient que l'inquiéter et lui faire craindre des suites fâcheuses. On doit lui parler de Dieu et l'engager à le remercier de l'avoir mise hors de péril. Si elle recourt à des reliques, il faut lui représenter qu'elles seront tout aussi efficaces sur le lit voisin qui si on les posait sur elle-même, ce qui pourrait la gêner... »¹¹

Lors de la mise en place de la formation des sages-femmes, les étudiantes étaient choisies pour intégrer les écoles sur des critères religieux et moraux en priorité ; plus tard, entre les deux Guerres Mondiales, elles devaient présenter pour leur inscription un extrait de casier judiciaire ainsi qu'un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le curé ou le maire de la commune. Les sages-femmes sortant de l'enseignement sont également encouragées à conserver les idées morales et religieuses de leur enfance après leur formation. Jusqu'en 1930, elles devaient obtenir deux certificats de bonne vie et mœurs, délivrés par le maire et le curé et prêter le serment de la sage-femme chrétienne à la fin de leurs études, qui regroupait une éthique professionnelle ainsi qu'une élaboration théologique de l'église¹².

Juste à la suite de la création du code de déontologie des médecins, c'est le 30 septembre 1949 qu'un décret établit le code de déontologie des sages-femmes après sa préparation par le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes et son approbation par le Conseil d'Etat et le gouvernement¹³. La profession de sage-femme, profession médicale, a ainsi fait partie des premières à obtenir un code de déontologie avec les médecins et les chirurgiens-dentistes. En effet, l'intérêt d'un code de déontologie pour les sages-femmes est bien présent, puisqu'il s'agit non seulement d'une profession de santé, mais encore d'une profession exercée majoritairement en libéral à cette époque, où les femmes accouchaient

¹¹ http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/des_le_17eme_siecle/index.htm

¹² COUVREUR I., DELCROIX M.,FRANCOIS M. La sage-femme a travers les 100 ans d'histoire d'une école (Lille), 1883-1983. Impression 1983, presse Copédith. p.18 ; 23 ; 25.

¹³ Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Code de déontologie des sages-femmes. [PDF] 2011-1012. Université Médicale Virtuelle Francophone. p. 3.

encore régulièrement à leur domicile plutôt qu'à la maternité.

C'est donc à force de patience et de travail que les professions médicales ont su imposer la déontologie, élément fondamental à leurs yeux dans l'exercice de leur métier, aux instances juridiques et gouvernementales. Néanmoins, afin de mieux comprendre l'importance qu'a pu revêtir l'instauration de ces codes pour les professions concernées, nous allons à présent étudier la façon dont les professionnels perçoivent ces codes et ce qui les amène à rechercher cette validation de leur morale, avant d'étudier quels moyens peuvent être employés pour les inciter à les respecter.

B. La déontologie au travers des professions

Depuis la mise en place des premiers codes de déontologie (qui ne concernaient qu'une poignée de professions), des métiers de plus en plus nombreux se sont intéressés à l'obtention d'un code qui leur serait propre ; ce mouvement entraîne des professions toujours plus nombreuses de nos jours, où la demande ne cesse de croître dans ce domaine.

Nous étudierons tout d'abord le pourquoi de cette demande accrue (1), puis nous verrons de quelle manière certains codes retentissent directement sur l'exercice des professionnels grâce à la mise en œuvre de certains moyens – par exemple, les professions médicales (2).

1-Ce que représente la déontologie pour les professionnels

En effet, depuis la fin de la seconde guerre mondiale, les déontologies professionnelles se sont multipliées avec l'ajout de codes concernant des secteurs spécifiques et des professions des plus variées, qu'elles soient libérales ou non (telles que les architectes, les

experts-comptables, la police nationale, les professions paramédicales, les journalistes...)¹⁴. Aujourd'hui encore, les professionnels sont légion à demander la création de leur propre code de déontologie, ou une meilleure reconnaissance de celui qu'ils possèdent déjà.

Bien qu'à l'origine les codes de déontologie concernaient essentiellement les professions libérales, on peut noter qu'une certaine disjonction est apparue entre ces deux aspects, puisque toutes les professions libérales n'ont pas de code et tous les codes ne concernent pas des professions libérales ; la plupart de ces dernières en possèdent néanmoins un et servent de modèles aux autres codes (notamment les professions de santé).

Joël Moret-Bailly a défini les déontologies de manière plus précise dans son ouvrage « Les déontologies » comme suit : « *des ordres juridiques à coloration morale, destinés à encadrer l'exercice de certaines professions et activités, libérales ou non, dans les relations entre professionnels ou avec les tiers à la profession* » (clients/patients, employeurs ou institution). Pour lui, il s'agit de règles de contrôle interne permettant la cohésion du groupe, son autonomie dans la société et un phénomène d'autorégulation pour que ses membres respectent les devoirs correspondant aux buts poursuivis par leur collectivité¹⁵.

Certaines typologies séparent les différents codes de déontologie en trois catégories :

- les codes édictés par les représentants d'une profession, avec une application surveillée par un ordre professionnel (les médecins, sages-femmes, avocats, notaires...)

- les codes édictées par les représentants d'une profession mais sans pouvoir disciplinaire (les assistants sociaux, les psychologues, les infirmiers...)

- les codes établis par le législateur (le secteur de l'aide à la jeunesse par exemple)¹⁶.

Il existe également ce que l'on appelle les « règles de déontologie » dans certaines professions ou activités, qui ne sont pas inscrites dans un code légal et possèdent entre elles et avec les autres codes établis de grandes différences et variabilités¹⁷.

Ainsi, les déontologies sont au centre même de l'image que les professionnels se font de leur profession. Plus une profession s'organise, plus elle demande la dotation d'un statut codifié précisant les devoirs de ses membres¹⁸ ; dans un monde aux repères mouvants,

¹⁴ Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Code de déontologie des sages-femmes. [PDF] 2011-1012. Université Médicale Virtuelle Francophone. p. 3.

¹⁵ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 73-75.

¹⁶ DEWEZ F. Déontologie et connaissance de la profession. [PDF] Institut Jean-Pierre Lallemand. 2008-2009. Publié le 3/11/2010. p.7.

¹⁷ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p.101.

¹⁸ BERGEL J-L, Centre de recherches en éthique économique et des affaires et déontologie professionnelle

voire insaisissables, la déontologie devient une référence nécessaire sur tous les secteurs dans sa qualité d'expression concrète de principes intemporels comme nous l'avons vu. Elle incite le public à accorder une certaine confiance aux professions dotées d'un code de déontologie, qui devient la source principale de leur légitimité aux yeux de tous, puisque conférant un certain « prestige », une « aura » de respectabilité à son possesseur¹⁹. La reconnaissance et la construction qu'elle accorde à une profession dans la société expliquent l'émergence du « phénomène déontologique » occidental²⁰.

La déontologie est également un signe de reconnaissance au sein même d'une profession, induisant la différenciation de ses membres vis-à-vis des autres corps de métier, car tenus à plus et à mieux que ces derniers²¹.

Enfin, la déontologie est également auto disciplinaire, permettant le renforcement de la solidarité entre membres d'une même profession lors de l'irruption de problématiques internes à la profession (J. Moret-Bailly va jusqu'à employer l'expression « laver son linge sale en famille »)²².

D'un autre côté, un peu plus pessimiste, certains auteurs s'appuient davantage sur l'aspect sociologique de la chose et pensent que les raisons de la demande toujours croissante de déontologie seraient intrinsèquement liées au développement actuel de notre société, ayant connu de grands bouleversements à la fin du siècle dernier : nous pouvons citer par exemple la fin des certitudes qui existaient auparavant, avec la perte des repères moraux ; la montée croissante de l'individualisme par rapport à la collectivité, avec la recherche aujourd'hui de son accomplissement personnel avant le respect de règles et de contraintes ; l'arrivée des technologies nouvelles, qui ne concernent pas uniquement le domaine médical, mais aussi notamment la diffusion massive de l'information qui apporte un certain pouvoir sur les autres ; et, paradoxalement à l'augmentation de l'individualisme, une crainte en augmentation de la responsabilité personnelle, soit notre capacité à répondre de nos actes, qui pourrait donc chercher une réponse dans la création de règles propres à

d'Aix-en-Provence. Droit Et Déontologies Professionnelles. Aix-en-Provence : Librairie de l'Université, 1997. p. 10.

¹⁹ Haut conseil des professions du droit France, Ordre des avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Les Règles Déontologiques Au Service Des Usagers Du Droit. Paris : Dalloz, 2013. p. 3-4 (LAMANDA V.).

²⁰ TERRIER E. Déontologie médicale et droit. Thèse. Bordeaux Les Etudes hospitalières impr. 2003. p. 25.

²¹ BERGEL J-L, Centre de recherches en éthique économique et des affaires et déontologie professionnelle d'Aix-en-Provence. Droit Et Déontologies Professionnelles. Aix-en-Provence : Librairie de l'Université, 1997. p. 65. (STOFFEL-MUNCK P.)

²² MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 207.

une profession par exemple, pour permettre son autorégulation²³.

La détention d'un code de déontologie octroie ainsi une image particulière aux professions : celles-ci veulent apparaître toujours plus honnêtes que les autres dans le foisonnement d'activités et de création d'entreprise, en s'appuyant sur la déontologie pour ce faire. L'évanouissement des repères moraux de notre société actuelle, aboutissant à la multiplication de diverses « affaires » relayées par les médias, conduit les professionnels à réaliser des déclarations de vertu de plus en plus nombreuses²⁴.

Néanmoins, cette distinction ne confère pas uniquement les avantages de sa réputation aux membres de la profession qui la détient ; ainsi, les professions possédant un code soumis à un ordre professionnel, que nous avons vu plus haut, sont tenues de respecter les dispositions de ce code. Nous allons à présent voir de quelle manière les déontologies médicales sont soumises au contrôle de leurs ordres professionnels respectifs et comment ceux-ci sont à même de leur imposer des sanctions en cas d'irrespect de leur code de déontologie.

2-Cas particuliers des Ordres et application des sanctions

Le code de déontologie des sages-femmes, bien qu'initialement d'essence morale comme nous l'avons vu, est devenu de nature réglementaire²⁵ ; sa création et ses modifications sont en effet exécutées par décrets, lui conférant une valeur législative réelle, encore accentuée par son intégration au code de la santé publique par le décret de 2004.

L'élaboration du code de déontologie ou les éventuelles propositions d'évolution sont à charge du Conseil National de l'Ordre ; il n'est cependant pas établi uniquement par la profession. En effet, même si c'est cette dernière qui soumet les termes du code, celui-ci est ensuite présenté au Conseil d'Etat et finalement au gouvernement, qui se doivent de vérifier

²³ VERDIER P. Morale, éthique, déontologie et droit.[PDF] Dossier, les Cahiers de l'Actif, n.276-277. Publié le 05/12/2003. p. 5-8.

²⁴ BERGEL J-L, Centre de recherches en éthique économique et des affaires et déontologie professionnelle d'Aix-en-Provence. Droit Et Déontologies Professionnelles. Aix-en-Provence : Librairie de l'Université, 1997. p. 63. (STOFFEL-MUNCK P.)

²⁵ Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Code de déontologie des sages-femmes. [PDF] 2011-1012. Université Médicale Virtuelle Francophone. p. 3.

sa conformité avec les lois en vigueur et si besoin y apporter les modifications qui seraient nécessaires, avant d'être publié au Journal Officiel sous la signature du Premier Ministre et des ministres concernés par son application.

Afin de faciliter l'application du code de déontologie, l'Ordre des sages-femmes, créé en 1949, dispose d'un certain pouvoir disciplinaire sur les membres de la profession au travers des juridictions disciplinaires qu'il possède : la chambre disciplinaire nationale²⁶ et les chambres disciplinaires de première instance (interrégionales)²⁷. Toute sage-femme peut voir sa responsabilité engagée devant ces juridictions pour toute infraction au code de déontologie, que ce soit dans sa vie professionnelle ou extra-professionnelle (que nous reverrons dans la deuxième partie), ainsi que pour tout acte de nature à déconsidérer la profession (appréciation laissée ici au seul jugement des juridictions concernées). L'Ordre peut ainsi prononcer et faire appliquer les sanctions suivantes, en ordre croissant selon la gravité de la faute commise et/ou la répétition des fautes : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire d'exercer, avec ou sans sursis, l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de sage-femme et la radiation du tableau de l'Ordre. Sont également incluses aux deux premières sanctions la privation du droit de faire partie des différents Conseils et chambres disciplinaires pendant trois ans, et pour les sanctions plus élevées la privation définitive de ce droit²⁸. Nous pouvons par ailleurs faire ici un parallèle avec ce que nous avons évoqué plus haut au sujet de la morale, concernant l'effet de contrainte qu'elle implique pour ce qui s'impose comme une obligation ou une interdiction.

Nous avons démontré l'importance du code de déontologie dans la nature même de la profession de sage-femme, au point qu'elle fait partie des professions recourant à un Ordre spécifique afin d'encadrer les éventuelles infractions à ce code. Toutefois, la déontologie est par essence préventive, reflétant les standards et les principes d'une profession à un moment donné, dans une société donnée ; ainsi, elle n'est pas figée et ne répond pas à des règles immuables dans le temps, tout comme les codes de déontologie qui sont son application directe à une profession²⁹. Les codes de déontologie sont amenés à changer,

²⁶ http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/home/notre_mission/gpordstruinsnatconse/index.htm

²⁷ http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/home/notre_mission/gpordstruinstcir/index.htm

²⁸ http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/home/notre_mission/gpordstruinsnatconse/gpordstruinstnatchambre_disciplinaire/index.htm

²⁹ Haut conseil des professions du droit France, Ordre des avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Les Règles Déontologiques Au Service Des Usagers Du Droit. Paris : Dalloz, 2013. p. 4. (LAMANDA V.).

pour suivre l'évolution des professions et du monde extérieur à celles-ci ; on retrouve néanmoins certains fils conducteurs, qui ne sont certes pas immuables eux non plus, mais posant une certaine base des déontologies. C'est le sujet de l'étude que nous allons aborder à présent : comparer les codes de 1949 et de 2012 en nous basant sur l'étude des principes fondamentaux que l'on retrouve dans sa première édition et en déterminant quels changements l'évolution du métier de sage-femme et de la politique de santé ont pu apporter ou non à ces grands principes.

Partie II - La concrétisation de la déontologie des sages-femmes et ses évolutions

Le code de déontologie de 1949 comporte sept titres : les devoirs généraux, les devoirs envers les patientes, les devoirs de confraternité, les devoirs vis-à-vis des professions médicales, paramédicales et des auxiliaires médicaux, les associations et les dispositions diverses. De son côté, le code de 2012 compte six sous-sections : les devoirs généraux, les devoirs envers les patientes et les nouveau-nés, les règles particulières aux différentes formes d'exercice, les devoirs de confraternité, les devoirs vis-à-vis des membres des autres professions de santé et les dispositions diverses. Nous pouvons remarquer l'apparition de différences entre ces deux versions, notamment la mention des nouveau-nés ou des différentes formes d'exercice qui n'apparaissaient pas en 1949 : cela traduit d'ores et déjà certains changements qui ont été effectués au cours de ces années et sur lesquels nous allons revenir dans ce mémoire, comme l'extension des compétences de la sage-femme ou la modification du système de santé ayant induit des modifications des conditions d'exercice.

Les principes fondamentaux des déontologies trouvent toute leur importance dans la réglementation des liens qui unissent la sage-femme aux autres, quels qu'ils soient. En effet, tous se rattachent à des valeurs sociales et de relation à l'autre, comme nous l'avons vu dans les définitions proposées par différents auteurs de la déontologie et par le but même des codes de déontologie. Ils sont toutefois fortement orientés vers une soumission au service des citoyens ; il est en effet plus aisé d'imposer des devoirs à la partie forte que des droits à la partie faible³⁰.

Ces principes, bien que majoritairement présents dans le premier code de déontologie des sages-femmes, n'en constituent pourtant pas à eux seuls l'intégralité de son contenu. Néanmoins, une fois exclus les articles relatifs, entre autres, aux modalités d'installation de la profession et autres dispositions diverses, la plupart des articles sont concernés par les principes fondamentaux de la déontologie. Nous détaillerons point par point l'application de ceux-ci au code de déontologie des sages-femmes, en étudiant le respect de la personne

³⁰ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 38

humaine (A), la façon dont elle se doit de veiller au maintien de la dignité de la profession (B), l'obligation de moyens du praticien (C) et l'autonomie qu'il est de son devoir de conserver (D).

A. Respect de la personne humaine

Le respect de la personne humaine, dans le cadre du code de déontologie des sages-femmes, concerne bien sûr essentiellement les relations du professionnel avec sa patiente. Afin de détailler comme il se doit chacun de ces aspects, nous commencerons par la primauté de l'intérêt de la personne ou du groupe pour la sage-femme, avant de s'intéresser aux articles relatifs aux devoirs du praticien envers son patient et les droits de celui-ci.

1-La primauté de l'intérêt des patients ou du groupe

L'objectif premier de la sage-femme doit en effet être de prendre soin de ses patientes (nous détaillerons plus loin les interdictions concernant ce qu'elle ne doit pas considérer comme objectif), ce qui peut paraître extrêmement simple dit ainsi, mais duquel découle de nombreuses ramifications et conséquences.

- De l'intérêt des patientes

Le code de déontologie insiste notamment sur l'importance pour les sages-femmes, quelles que soient les circonstances, de porter secours à toute patiente courant un risque ou requérant ses services, c'est-à-dire qu'elles veillent en tout instant à la santé de leurs éventuelles patientes. Cela se rapproche de l'assistance à personne en danger, qui s'applique

à tout citoyen dans la mesure de ses moyens. La non-assistance à personne en péril est définie dans le code pénal dans ses articles 223-5, 223-6 et 223-7, remis à jour le 1er janvier 2002. On retrouve ce principe dans ces articles du code de déontologie des sages-femmes de 1949 : ... *doit porter secours d'extrême urgence...* (article 3), ... *ne peut pas abandonner [...] en cas de danger public...* (article 7), ... *pour parer au danger menaçant... cesser les soins qu'après que tout danger est écarté...* (article 27), ... *avoir un égal souci de la vie de l'enfant et de celle de la mère...* (article 28, alinéa 4), ... *les causes prévisibles d'accident sont écartées...* (article 32).

Dans l'article 51 (*Une sage-femme peut, dans son cabinet, accueillir toutes les patientes quelle que soit la sage-femme traitante...*) stipule par ailleurs que même en regard des rapports de bonne confraternité que nous évoquerons plus loin, l'intérêt de la patiente désirant se faire soigner passe en priorité sur celui de la sage-femme la comptant dans sa clientèle et de celle qui n'assure alors que des soins ponctuels mais nécessaires.

On constate que ces clauses concernent non seulement les risques liés à la profession de sage-femme en tant que tels (concernant les parturientes, accouchées et nourrissons), mais aussi ceux provenant de dangers publics et s'appliquent de la même manière à toute patiente, qu'elle soit majeure ou mineure, sous tutelle ou en pleine possession de ses droits civils.

La sage-femme, outre le devoir de porter secours à une patiente en cas d'urgence, doit aussi dans sa pratique garder à tout instant en tête qu'elle agit pour le bien de sa patiente. Elle ne doit ainsi rien faire ni prescrire qui ne soit justifié par la nécessité qu'en a la patiente et ne pas causer de dommage de par sa pratique professionnelle : « *primum non nocere* », ou « en premier lieu, ne pas nuire », comme dans l'article 18 (... *en lui présentant ou en lui conseillant comme salubre ou sans danger un procédé insuffisamment éprouvé est une faute grave...*). Il s'agit dans cet article non seulement d'empêcher un abus de confiance de la part de la sage-femme, mais surtout d'éviter une mise en danger de la santé de la patiente ou du nourrisson.

Dans le code de déontologie de 2012, parmi les articles relatifs à l'intérêt des patientes, certains reformulent des notions présentes dans le code de 1949. L'article 315 par exemple reprend l'ancien article 3 que nous avons vu plus haut et en ôte la définition de « gestante, parturiente, accouchée » pour le remplacer par « femme », détachant déjà la sage-femme des seuls soins relatifs à la grossesse (nous détaillerons ce sujet dans le paragraphe sur les

compétences des sages-femmes). Il ajoute également que si la sage-femme n'est pas en présence des personnes en danger mais en est seulement informée, cela ne change rien à ses devoirs de secours. Un ajout qui semble approprié dans notre société actuelle, où la non-assistance à personne en danger se fait de plus en plus fréquente ou est du moins de plus en plus relayée.

L'article 330, paragraphe un reprend l'ancien article 27. Il insiste davantage sur l'importance de prévenir et rechercher le consentement des représentants légaux dans le cadre de soins sur mineure ou incapable majeure ; nous verrons plus en avant le consentement dans une partie ultérieure. Dans sa formulation, cet article s'appuie moins sur les soins à donner d'urgence à la patiente même en l'absence du consentement du représentant et plus sur la nécessité légale d'au moins tenter de les joindre. Toutefois, si ce représentant venait à refuser le traitement proposé et si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé de la patiente, le praticien est habilité à délivrer les soins qui lui semblent indispensables en passant outre la volonté du représentant légal (article L.1111-4 du code de la santé publique).

L'article 329 et une partie de l'article 356, dans les termes concernant l'intérêt des patientes, n'apportent aucune modification par rapport aux anciens articles, qui employaient les mêmes formulations.

D'un autre côté, on retrouve des changements dans plusieurs articles. Par exemple, l'article 314 (*... doit s'interdire [...] de faire courir [...] un risque injustifié...*) met davantage l'accent sur l'attention que la sage-femme doit avoir de ne pas faire courir de danger à une patiente ou à son enfant lors de ses soins ou examens. Nous rejoignons ici la notion de « primum non nocere » que nous avons évoqué en parlant de l'article 18 du code de 1949, mais ici bien plus marquée par l'emploi des mots : ils passent en effet d'une « faute grave » au terme encore plus fort d'interdiction. C'est ce principe qui est mis en avant lorsque l'on parle de la balance bénéfice-risque des traitements : chaque médicament ou dispositif étant susceptible d'entraîner un ou des effets indésirables, il s'agit de déterminer si le risque pris dans l'instauration du traitement est compensé par les bénéfices qui sont attendus. La politique de santé publique s'appuie de la même manière sur ce principe avec par exemple l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (A.N.S.M.), qui recense les précautions à prendre et les effets connus des différents traitements. Enfin, pour illustrer ce principe, nous pouvons parler ici du cas des contraceptifs oraux œstro-progestatifs dits de troisième génération : il s'agit dans cet exemple du risque de développer des pathologies thromboemboliques (particulièrement dans le cadre des traitements hors recommandations, comme le non-respect des contre-

indications établies par l'A.N.S.M.) contrebalancé par le bénéfice attendu d'éviter une grossesse non-désirée, réduisant de cette façon les risques des actes que celle-ci pourrait engendrer (interruption volontaire de grossesse, perturbation du lien mère-enfant...).

Notons que le reste de l'article 314 reprend par ailleurs l'article 18 en question en y apportant certaines modifications, de nouveau, dans le choix des termes employés : nous passons ici des « procédés insuffisamment éprouvés », éprouvés, on l'imagine assez, de façon assez empirique à cette époque, aux « procédés insuffisamment validés sur la plan scientifique ». Cet aménagement traduit bien l'acquisition de la rigueur scientifique qui s'est effectuée au fil du temps, notamment la mise en place des essais thérapeutiques et des surveillances et retours des effets indésirables des procédés médicaux, ou encore par les recherches et études que nous connaissons actuellement. On pensera par exemple, pour la profession de sage-femme, au Centre de Référence sur les Agents Tératogènes recensant les informations obtenues par études indépendantes sur les effets ou les conditions d'emploi des médicaments, vaccins ou autres procédés durant la grossesse et l'allaitement, ou au site PubMed rassemblant les études et la littérature anglophones dans tous les domaines du monde médical. C'est par ailleurs en se basant sur de telles études que la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) édicte régulièrement des recommandations professionnelles pour le bon usage des médicaments et dispositifs médicaux, prescriptions ou examens. Ces recommandations s'adressent à tous les professionnels de santé et leur permettent de vérifier si leurs pratiques entrent dans le cadre des dernières parutions scientifiques.

L'article 346 (dont certains paragraphes ont été ajoutés et ne se retrouvent pas dans le code de 1949, y compris celui que nous allons étudier ici), paragraphe trois stipule qu'une sage-femme travaillant en libéral peut exercer son activité dans un autre lieu que sa résidence professionnelle déclarée lorsque les conditions de santé publique l'y incite, particulièrement afin de pallier aux besoins des patientes et nouveau-nés. Ici, l'importance de pouvoir offrir des soins de qualité et suffisants pour couvrir les besoins de toutes les patientes prévaut sur la déclaration de la résidence professionnelle à l'Ordre (... *celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle elle est inscrite...*). Cette nuance permet de pallier à ce que l'on appelle les « déserts médicaux », zones rurales de la France où le dépeuplement est encore souligné par la non-attractivité de ces endroits pour les praticiens qui ne s'y installent donc presque plus. Outre la faible densité de population dans ces zones, il y existe également trop peu de professionnels s'y étant installés pour assurer les besoins des habitants. En effet, si l'ouverture d'un second cabinet est soumis à l'autorisation de l'Ordre, il n'existe pour le moment aucune limitation à l'ouverture d'un

premier cabinet de sage-femme (sauf problème de concurrence que nous étudierons plus en avant dans ce mémoire).

Les changements les plus importants sont néanmoins regroupés dans les articles 316 et 317, qui n'ont aucun équivalent dans le code de 1949. En effet, ces deux articles traitent plus particulièrement des sévices ou mauvais traitements concernant les patientes mais aussi leurs enfants. Nous pouvons noter que, si le code est très clair en ce qui concerne le cas des personnes privées de liberté (article 317 : ... *doit informer l'autorité judiciaire...*), il devient plus nuancé dans les autres cas (y compris les enfants mineurs) en laissant la sage-femme seule juge de ce qu'il convient de faire dans ces situations délicates. On pensera, par exemple, aux femmes victimes de violences conjugales ne souhaitant pas déposer de plaintes envers leur conjoint ; bien que d'une part la loi nous oblige à porter secours à une personne en danger, elle pénalise également les écarts vis-à-vis du secret professionnel que cela peut impliquer. Les dérogations au secret professionnel (article 226-14 du code pénal) apportent une réponse dans certaines situations : la sage-femme peut en effet informer le médecin de ce qu'elle suspecte ou sait concernant sa patiente, en revanche, le médecin devra alors obtenir le consentement de la patiente pour informer le procureur de la République. Dans le cas des personnes mineures, leur consentement n'est pas nécessaire pour porter à la connaissance du procureur la situation ; ainsi, si la sage-femme est en présence d'une patiente majeure ayant donné son consentement ou d'une patiente mineure, elle peut informer elle-même le procureur de la République sans avoir obligatoirement recours à l'intervention d'un médecin.

Quand une sage-femme se trouve confrontée à l'un de ces cas de figure, il est surtout essentiel pour elle de ne pas rester seule pour gérer la situation et dans la mesure du possible se faire aider par une collègue ou un médecin afin de prendre les meilleures décisions possibles avec la patiente, dans son intérêt.

- Un rôle dans la santé publique

Mais la sage-femme n'est pas uniquement tenue de respecter l'intérêt de ses patientes ; elle doit également s'assurer de la bonne santé de la collectivité en général, deux points qui peuvent parfois paraître s'opposer, ou du moins être difficiles à concilier (où s'arrête l'intérêt du patient et où commence celui du groupe ?), mais qui sont plutôt

complémentaires tels qu'ils apparaissent dans le code de déontologie, où la sage-femme est tenue aux mêmes devoirs qu'il s'agisse de ses patientes ou de la collectivité en général (article 40 du code de déontologie de 1949).

Dans le code de déontologie de 2012, l'article 302 fait la synthèse de ces deux intérêts que doit respecter la sage-femme, concernant la patiente et la santé publique, en les conciliant dans un seul et même article et renforçant leur complémentarité déjà sous-entendue en 1949 (*le respect de la vie et de la personne humaine... par les autorités compétentes pour la protection de la santé...*). Il s'agit du seul article concernant expressément la santé publique dans ce code. L'article 308 la mentionne dans son troisième paragraphe (*... participe une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire...*). Il est donc possible à une sage-femme, de nos jours, de prendre part à ces promotions publiques de la santé publique. Cette participation doit néanmoins se faire sous certaines conditions, que nous détaillerons dans le point sur la probité de la profession.

Ces promotions regroupent notamment tout ce qui concerne la prévention. En effet, cette politique est actuellement au cœur de la santé publique, bien plus qu'en 1949. Elle recouvre aussi bien les actions collectives, qui visent à protéger la santé des personnes via un environnement à la fois physique et social favorable à la santé (comme par exemple, dans le cadre de la profession de sage-femme, le dépistage des infections sexuellement transmissibles ou des cancers gynécologiques), que la promotion des comportements individuels favorables à la santé (alimentation saine, promotion de l'activité physique, prévention du tabagisme et de l'alcoolisme) par des interventions des professionnels de santé ou des spots publicitaires publiques. La prévention s'adresse ainsi à l'ensemble de la population en général et s'exerce sur tous les lieux de vie des individus de la société.

Les intérêts du patient ou de la société en général sont assurés par d'autres réglementations afin d'encadrer au mieux les pratiques pour qu'elles respectent ce principe déontologique. Ils sont donc subordonnés à un ensemble de devoirs pour la sage-femme, d'une part et de droits pour ses patientes, d'autre part. Ces droits des patients sont par ailleurs parus dans d'autres textes de lois, qui reprennent certains principes qui n'étaient auparavant que déontologiques.

2-Devoirs du praticien et droits du patient

- Le libre choix du praticien par le patient

La liberté du choix du professionnel par le patient fait partie des principes déontologiques que J. Moret-Bailly qualifie de règles d'ordre public de la déontologie, c'est-à-dire relayées non seulement par les codes de déontologie mais également par d'autres textes de loi, les ancrant encore davantage dans la société française et soulignant leur importance³¹. C'est en effet l'un des premiers principes rattachés à l'exercice d'une profession libérale : que le patient puisse, sans qu'aucune forme de pression n'aie lieu, choisir en toute conscience le praticien à qui il décide de remettre sa demande. Pour que ce choix soit réellement un choix parfaitement éclairé, néanmoins, il supposerait que le client aie toute les informations nécessaires afin de le réaliser ; cette information est alors subjective de par la ou les personnes dont il la reçoit (bouche-à-oreille...) ou sous-entendrait que le patient lui-même aie toutes les compétences nécessaires à la réalisation de son choix. Nous reviendrons sur cette notion dans un autre point.

Dans le code de déontologie des sages-femmes de 1949, on retrouve ce principe dès l'article 5, alinéa 1. Nous pouvons noter que bien que le métier de sage-femme soit à cette époque majoritairement exercé, nous l'avons dit, en milieu libéral, le premier paragraphe de l'article précise tout de même que le principe de libre choix de la sage-femme par la patiente peut parfois être nuancé dans le cadre de certaines structures. C'est notamment le cas en ce qui concerne les sages-femmes au service d'une collectivité, qu'elle soit publique ou privée (par exemple, les sages-femmes exerçant dans les maternités).

Le libre choix du professionnel par la patiente se retrouve également dans l'article 50, alinéa 1 (... *doit s'assurer de la volonté expresse de la patiente...*). Outre les dispositions relatives à la bonne confraternité, auxquelles nous reviendrons un peu plus loin, nous retrouvons bien ici la notion de libre choix de la sage-femme par la patiente.

Enfin, nous la voyons dans la première partie de l'article 60, cette fois-ci en parallèle avec les autres professions de santé (... *ne doit pas influencer la famille quant à son choix...*). Bien que ce soit à la sage-femme qu'il appartient d'évaluer la nécessité ou non de faire intervenir un médecin, en s'appuyant sur ses compétences professionnelles, le choix

³¹ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 344.

de celui-ci revient à la patiente et éventuellement à la famille et la sage-femme ne peut refuser sa venue.

Dans le code de 2012, les articles 356, alinéa 1 et 361, paragraphe trois reprennent les mêmes notions que le code de 1949 concernant le choix de la sage-femme ou du médecin par la patiente. L'article 361 reprend l'ancien article 60 en en modifiant légèrement les termes : ... *la sage-femme peut proposer le nom d'un médecin mais doit tenir compte des désirs de la patiente...* La patiente ne choisit ainsi plus directement le médecin qu'elle souhaite voir appelé. En effet, dans les maternités publiques, la patiente est le plus souvent confrontée au médecin de garde dans le service qu'elle ne peut alors plus choisir. La même chose est vraie en ce qui concerne les sages-femmes en dehors des services de consultations, où la patiente ne peut choisir la sage-femme qui sera de garde et lui prodiguera les soins nécessaires durant son séjour. Les patientes sont informées par l'hôpital de cet état de fait et sont supposées y adhérer lors de leur inscription.

L'article 306, paragraphe un, quand à lui, insiste sur le fait que ce choix intéresse aussi l'établissement que la patiente souhaite désigner comme son lieu d'accouchement ou de soin, qu'elle est donc libre de choisir selon sa volonté. La sage-femme se doit surtout de faciliter ce droit à la patiente ; on comprendra qu'il est de son devoir de l'informer en toute impartialité des différentes possibilités qui s'offrent à elle et de lui donner les renseignements nécessaires à l'exercice de son droit, concernant par exemple le niveau de soin des maternités, leur fonctionnement ou les différentes prises en charge.

Remarquons que de nos jours, à la différence des années de l'après-guerre où elles ne représentaient que cinquante-cinq pour cent des accouchements, la grande majorité des patientes accouchent en maternité – qu'elle soit publique ou privée – plutôt qu'à domicile. On peut attribuer ce changement aux évolutions techniques que la médecine, ici l'obstétrique, a connu depuis soixante ans et à la meilleure prise en charge des grossesses et accouchements sur le plan médical. En effet, les cliniques de sages-femmes qui existaient en 1970 ont été obligées, par la loi Dienesch de 1972, de s'équiper de réanimation néonatale et d'un bloc opératoire pour les parturientes à proximité de la salle d'accouchement, ce qui a eu pour principale conséquence la fermeture de ces cliniques.

Des sages-femmes libérales proposent encore l'accouchement à domicile à leurs patientes, bien que leur nombre soit très peu élevé. Il faut en effet d'une part que la patiente exprime sa volonté à accoucher chez elle, ce qui ne représente pas une grande partie des

parturientes ; d'autre part, certaines sages-femmes s'attachent à respecter certaines recommandations dans la sélection des patientes éligibles à l'accouchement à domicile (ne pas avoir d'antécédents pathologiques, que la grossesse soit parfaitement physiologique, qu'aucun facteur de risques n'entre en ligne de compte...). Notons que ces recommandations sont davantage assimilables à un cahier des charges qu'à de réelles obligations juridiques, et ne sont ainsi pas toujours respectées... D'autres restrictions s'appliquent : la situation du domicile par rapport aux maternités alentours dont il ne doit pas être trop éloigné, les conditions d'hygiène et de sécurité qu'on doit pouvoir y trouver... L'un des facteurs les plus limitant est aussi le coût de l'assurance professionnelle que les sages-femmes pratiquant des accouchements à domicile doivent posséder, hautement prohibitif. Pour autant, la loi permettant l'expérimentation des maisons de naissance (loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013) pourrait peut-être apporter une solution à une prise en charge globale par une même professionnelle de ses patientes, selon le souhait de celles-ci.

- La non-discrimination et le respect de la dignité et des convictions

Dans la suite des devoirs de la sage-femme vient ensuite celui de non-discrimination. Celui-ci concerne l'interdiction qu'elle a de sélectionner ses patientes sur des bases discriminatoires ou subjectives. Le code de déontologie des sages-femmes de 1949 l'établit dans son article 6 (... *quels que soient leur situation sociale, les sentiments personnels qu'elle ressent pour elles et leur moralité...*). Il est à noter que la sage-femme peut cependant toujours refuser de donner des soins à une patiente sous certaines conditions (que nous verrons dans la partie sur l'autonomie de la sage-femme).

La non-discrimination ici évoquée renvoie à une notion qui existe déjà dans le préambule de la Constitution française de 1946 sous le terme du « droit à la santé » ; elle se rattache au principe de l'universalité des droits de chaque homme et femme dans le monde, que l'on a brièvement abordé précédemment³².

Mais, en premier lieu, cette universalité concerne la dignité à laquelle chaque être humain a droit³³ ; ainsi, le respect de la dignité de la personne humaine est également

³² TERRIER E. Déontologie médicale et droit. Thèse. Bordeaux Les Etudes hospitalières impr. 2003. p. 137-138.

³³ TERRIER E. Déontologie médicale et droit. Thèse. Bordeaux Les Etudes hospitalières impr. 2003. p.138.

présent dans l'article 28, alinéa 7 (... *agir toujours avec correction et aménité... se montrer humaine et compatissante...*).

Le pendant de ce principe est de ne pas porter de jugement de valeur sur les autres ; on parle alors de respect des convictions propres à chacun, qu'ils adoptent en toute liberté. Nous pouvons en retrouver la notion dans le code de déontologie des sages-femmes à l'article 33 (... *quelle que soit sa religion...*).

On notera dans cet article l'importance donnée à la religion en particulier ; les sages-femmes étaient en effet encore très marquées par leur long passé de religieuses, tant dans l'enseignement qui leur était prodigué que dans leur exercice³⁴. Comme nous l'avons vu dans la première partie, c'est en effet par ce biais que la moralité s'est toujours attachée à la profession et a été préservée durant l'Histoire, jusqu'assez tardivement dans le XXème siècle.

Dans le code 2012, les articles relatifs à la non-discrimination et à la dignité reprennent en majeure partie les mêmes notions qu'en 1949. Notons toutefois une plus grande exhaustivité dans l'article 305 par rapport à l'ancien article 6, reprenant que cette non-discrimination concerne aussi bien le nouveau-né que la mère et également leur « origine, appartenance ou non à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, leur handicap, leur réputation et quel que soit le sexe de l'enfant. ». Ces précisions rappellent que la sage-femme possède désormais un rôle important dans la prise en charge des nourrissons durant leur premier mois de vie, et reflètent davantage tous les aspects discriminatoires de la société actuelle, qui en 1949 s'arrêtaient simplement à la situation sociale, aux liens personnels entre la sage-femme et sa patiente et à la moralité. Il paraît toutefois peu probable que les caractéristiques décrites en 2012 soient subitement apparues dans les soixante dernières années ; peut-être est-ce davantage une illustration des différences entre ce qu'on taisait en 1949 dans une France à peine sortie de la guerre et ce dont on peut parler de nos jours.

L'article 327 du code de 2012, pour sa part, reprend l'article 28, alinéa 7 de 1949 dans le fond de sa réflexion mais en change la forme de façon assez importante : il s'agit ici de « prodiguer des soins » à la place de simplement « agir » et « l'attitude correcte et attentive » a remplacé les « correction et aménité » et « humaine et compatissante » d'avant. Les qualités empathiques dont la sage-femme doit faire preuve dans ses soins auprès des patientes sont ainsi désormais représentées par l'écoute et l'attention qu'elle doit

³⁴ COUVREUR I., DELCROIX M., FRANCOIS M. La sage-femme a travers les 100 ans d'histoire d'une école (Lille), 1883-1983. Impression 1983, presse Copédith. p. 25.

leur apporter. Si ces points sont certes importants dans la relation avec la patiente, ils le sont également dans le cadre de sa prise en charge médicale afin de ne pas laisser passer des informations potentiellement utiles à la mise en place des soins nécessaires. L'article de 2012 ajoute également que la sage-femme se doit non seulement de respecter la dignité de sa patiente (par exemple, en préservant sa pudeur par tous les moyens possibles), mais aussi de faire respecter celle-ci par les tierces personnes la cas échéant. Le code ne cautionne pas qu'une sage-femme soit témoin d'un non-respect de la dignité d'une patiente sans intervenir.

On pourra noter ici que la Constitution française a, en 1978 et 1990, encore appuyé sur le « droit à la santé » de tous et, en 1994, sur la « sauvegarde de la dignité de la personne humaine »³⁵, dont on retrouve l'influence dans le code de 2012 comme nous l'avons énoncé précédemment. Le principe d'universalité des soins se retrouve en accordant des soins d'égale qualité à toutes les patientes sans faire preuve de discrimination ; en France, c'est l'instauration de système de protection sociale établie par la sécurité sociale avec l'assurance maladie qui tente de garantir l'accès de tous à des soins de qualité.

La sécurité sociale, le système de protection sociale actuellement en vigueur, a été créée le 4 octobre 1945 par deux ordonnances et compte notamment une branche assurance maladie qui nous intéresse ici. L'assurance maladie est, en France, obligatoire et universelle³⁶ ; cette universalité est obtenue grâce à différents dispositifs, aujourd'hui au nombre de quatre.

Il existe tout d'abord la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.) : cette couverture santé s'applique à tous les travailleurs salariés de France. La C.P.A.M. était la seule à être mise en place lors de l'instauration de la sécurité sociale : le chômage était en effet très bas en 1945 en France, avec la reconstruction de l'après-guerre et la croissance économique massive qui a suivi, surnommée à posteriori les « Trente glorieuses ». Les années passant, toutefois, l'économie du pays a perdu petit à petit de son expansion et de moins en moins de personnes avaient accès au système de santé.

C'est ainsi que la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) a été mise en place pour pallier à cette problématique le 1er janvier 2000 par la loi n° 99 641 portant création d'une couverture maladie universelle. La C.M.U. s'applique à toute personne n'ayant aucun droit ouvert à un régime obligatoire. Il existe également la C.M.U.-Complémentaire (C.M.U.-

³⁵ TERRIER E. Déontologie médicale et droit. Thèse. Bordeaux Les Etudes hospitalières impr. 2003. p.137-138.

³⁶ ARROUET A. Organisation de la sécurité sociale. Cours aux ESF3 de Nantes, le 5/01/2012.

C.), gratuite, qui prend en charge l'intégralité du ticket modérateur pour les personnes dont les ressources ne dépassent pas un certain montant révisé chaque année.

Le troisième dispositif est l'Aide pour une Complémentaire Santé (A.C.S.) qui ouvre droit à une déduction sur la cotisation auprès d'un organisme de protection complémentaire. L'A.C.S. concerne les personnes percevant des ressources supérieures de moins de vingt pourcents au plafond d'attribution de la C.M.U.-C.

Enfin, avec l'augmentation de l'immigration clandestine en France, des demandeurs d'asile et des réfugiés politiques, le dernier dispositif mis en place est l'Aide Médicale de l'Etat (A.M.E.), destinée à permettre l'accès aux soins, sous conditions de ressources, des personnes en situation irrégulière qui ne disposent d'aucune couverture sociale³⁷.

C'est ainsi qu'à force d'ajout et de reprise, le système de santé français s'efforce de son mieux d'offrir à chaque personne résidant sur le territoire le meilleur accès possible aux soins. Cette volonté a été réaffirmée avec la loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie, dans son article premier qui fait office de préambule.

La modification du code de déontologie a également entraîné l'abrogation de l'ancien article 332 de la version du code de 2008 : *La sage-femme qui juge que la vie de la mère ou de l'enfant est en danger imminent au cours de l'accouchement ou de ses suites doit prévenir la famille ou les tiers désignés par la patiente afin de lui ou de leur permettre de prendre les dispositions qu'ils jugeront opportunes*. Cet article se rapprochait de l'article 33 du code de 1949 que l'on a évoqué plus haut, mais sans qu'il y soit fait mention de la religion. En 1949, il s'agissait textuellement des dispositions religieuses ; la disparition de cette notion au cours des décrets suit le principe de laïcité de la République Française mais aussi l'aspect scientifique qu'ont pris la formation et l'exercice de la profession de sage-femme au fil du temps.

- Le secret professionnel

L'une des notions importantes dans les liens entre le praticien et le patient dans le code de déontologie des sages-femmes, ce dès 1949, est le secret professionnel : *Le secret professionnel s'impose...* (article 4). Le fait est intéressant à noter, puisque le secret professionnel est un des fondements de notre société démocratique ; en effet, il puise sa

³⁷ ARROUET A. Une couverture santé pour tous. Cours aux ESF3 de Nantes, le 5/01/2012.

source dans les fonds religieux des civilisations avant qu'il ne soit laïcisé au fil du temps³⁸. Il n'a pas suivi un développement linéaire au cours de l'histoire, puisqu'on perd la trace de ses mentions depuis la Grèce antique jusqu'à sa réapparition plus récente dans le serment de Montpellier, vers 1790³⁹. Et pourtant, sa grande force est d'être solidement ancré dans nos cultures : il n'est jamais remis en cause par la société, est admis et défendu par tous, détenteurs aussi bien que bénéficiaires. On retrouve ainsi des textes mentionnant l'importance de ce principe, concernant notamment le secret professionnel du prêtre, du médecin et de l'avocat et établissant l'importance de ce secret pour l'ordre social établi ; car s'il leur était permis de divulguer ce qui pouvait venir à leur connaissance au cours de leur exercice, qui donc continuerait à s'adresser à eux ? Le secret professionnel est alors tout à fait concerné par les codes de déontologies lors de leur création, puisqu'il se trouve au cœur de la profession libérale.

Ce qui avait pour but d'être un privilège du patient, au départ, est devenu un devoir du praticien⁴⁰ lors de la légalisation du secret professionnel, c'est-à-dire depuis 1810⁴¹. Ce devoir est tel qu'il a sa place dans le code pénal, article 226-13 :

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. »

Nous constatons alors que le secret professionnel dépasse la seule déontologie interne aux professions, mais relève du droit pénal et donc du domaine législatif qui en fixe les contours par l'intermédiaire des différents codes. C'est la raison pour laquelle le code de déontologie des sages-femmes de 1949 ne le mentionne que d'une seule phrase dans son article 4, sans éprouver le besoin de préciser ce que sont le secret professionnel et son champ d'application tout en le rappelant à la mémoire des sages-femmes.

En 2012, le code reprend dans l'article 303 l'article 4 de 1949 en y ajoutant certaines notions. Il redonne tout d'abord la définition du secret professionnel, cette définition faisant

³⁸ Haut conseil des professions du droit France, Ordre des avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Les Règles Déontologiques Au Service Des Usagers Du Droit. Paris : Dalloz, 2013. p 87.

³⁹ TERRIER E. Déontologie médicale et droit. Thèse. Bordeaux Les Etudes hospitalières impr. 2003. p. 88.

⁴⁰ Haut conseil des professions du droit France, Ordre des avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Les Règles Déontologiques Au Service Des Usagers Du Droit. Paris : Dalloz, 2013. p. 87.

⁴¹ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. APresses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 437.

partie du code de la santé publique et s'intégrant donc à présent directement dans le code de déontologie des sages-femmes : *le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa fonction, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu et compris*. Ensuite, il ajoute dans l'article de 1949 une précision supplémentaire sur le secret, « institué dans l'intérêt des patients » : il s'agit encore une fois d'un retour sur ce qu'était essentiellement le secret professionnel, un privilège du patient avant tout. Cette phrase rappelle par exemple que le secret médical ne doit pas servir au professionnel comme un bouclier à toute épreuve dans la divulgation d'informations qu'il pourrait posséder. En effet, le code pénal prévoit des dérogations au secret professionnel : au nombre de trois et détaillées dans l'article 226-14, elles concernent des situations où il est fortement dans l'intérêt du patient ou d'une tierce personne d'informer les autorités compétentes de ce qui a pu être porté à la connaissance du professionnel concerné : les cas de privations ou sévices sur mineur ou personne dans l'incapacité de se protéger, ces mêmes cas transmis par un médecin au procureur de la République (que nous avons déjà évoqué précédemment) et les cas de personne à caractère dangereux pour elle-même ou pour autrui et détentrices ou en future possession d'une arme.

En dernier lieu, l'article 303 précise certains cas particuliers relatifs au secret. Tout d'abord en ce qui concerne les personnes susceptibles d'assister la sage-femme dans son exercice qui pourraient ne pas être déjà au fait des obligations relatives au secret professionnel ; il en va de la responsabilité déontologique de la sage-femme de veiller à leur respect (c'est elle qui encoure le risque de se voir pénalisée par l'Ordre). Ces cas regroupent également les dossiers médicaux et les publications scientifiques, qui doivent être anonymisés. Les dossiers médicaux sont un cas particulier dans le secret professionnel ; puisqu'il s'agit de prendre en charge une patiente de la façon la plus adéquate possible (il s'agit donc bien ici de l'intérêt de la patiente concernée), la notion de secret partagé permet à la sage-femme de transmettre des informations concernant la patiente aux autres professionnels intervenant auprès d'elle⁴², que ce soit par le biais d'un dossier médical, écrit ou informatisé, ou par transmission orale (Article L. 1110-4 du code de la santé publique). Elle doit alors veiller à ce que seuls les destinataires de ces informations puissent y accéder afin de ne pas violer le secret professionnel. Attention toutefois : l'opposition du patient, dûment averti, à cet échange d'informations empêche le partage du secret, comme en témoigne l'article 356, alinéa 3 du code de déontologie de

⁴² Haut conseil des professions du droit France, Ordre des avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Les Règles Déontologiques Au Service Des Usagers Du Droit. Paris : Dalloz, 2013. p. 98-99

2012 : ... *donner à cette dernière, en accord avec la patiente...*

Cette notion a gagné en importance de nos jours, où les prises en charge des patientes sont de plus en plus multidisciplinaires. En effet, les parcours de soin des patientes et de leurs fœtus et nouveau-nés dans les maternités regroupent toutes sortes de catégories professionnelles : agents de service hôtelier, aides-soignants, puéricultrices, sages-femmes, infirmières, médecins de nombreuses spécialités, psychologues... Quelques services sont particulièrement concernés par cette floraison de professions qui se doivent de communiquer entre elles sur les dossiers, afin d'établir les meilleurs soins possibles : nous penserons aux hospitalisations prénatales chez les patientes présentant des pathologies, que celles-ci soient gravidiques, préexistantes ou sans lien direct avec la grossesse en cours, ou encore les services de diagnostic anténatal. L'expansion de ces derniers est largement postérieure à la mise en place des codes de déontologie de 1949, puisque ce sera notamment grâce à l'échographie, qui a connu un développement particulièrement important depuis 1970, que le fœtus deviendra un patient à part entière et que la médecine fœtale fera son entrée dans le milieu médical ; la création de centres de diagnostic prénatal pluridisciplinaires se fera quand à elle en 1995⁴³ d'après la loi du 30 juillet 1994.

Afin de faciliter la diffusion des informations à caractère médical entre les professionnels, la loi du 13 août 2004 a également instauré la création du dossier médical personnel, permettant une meilleure coordination des soins du patients, comme éviter les actes redondants ou les interactions médicamenteuses. Il facilite aussi l'accès du patient à ses données de santé afin de l'inciter à participer davantage à sa propre prise en charge.

Notons ici un point particulier de la législation du secret professionnel concernant les soins apportés aux personnes mineures ; si le patient refuse que ses représentants légaux soient informés de son état de santé, le médecin peut se dispenser de leur consentement si les soins qu'il doit effectuer s'imposent pour préserver la santé du patient, s'il a bien essayé de convaincre le mineur auparavant et si le mineur est accompagné d'une autre personne majeure de son choix. Le secret professionnel peut ainsi être préservé de la même façon chez une personne mineure que majeure s'il s'agit de son choix et qu'elle estime qui est dans son intérêt de le faire après avoir été informée, information faite par exemple lorsque le professionnel tente de le persuader d'informer ses représentants légaux. C'est notamment le cas pour la délivrance de la contraception aux patientes mineures, qui n'ont pas besoin d'une autorisation de leur responsable légal et qui possède la garantie que ceux-ci ne seront

⁴³ JOUBERT M. Introduction à la fœtopathie. Cours aux ESF5 de Nantes, le 26/09/2013.

pas informés si elles n'en expriment pas la volonté.

Actuellement, on peut s'interroger sur l'avenir qui attend le secret professionnel au milieu des évolutions rapides des communications électronique et des nouvelles technologies que nous connaissons ; certaines adaptations y ont déjà été faites, comme la création de messageries électroniques sécurisées pour permettre la transmission de données confidentielles en réduisant considérablement le délai de réception par rapport au service de courrier postal. La même question s'est déjà posée concernant les appels téléphoniques ; il est en effet, légalement du moins, interdit de transmettre des informations sur un patient par téléphone, puisque dans l'impossibilité de confirmer l'identité du correspondant et sa légitimité à recevoir ces informations.

De même, comme dans le cadre des prises en charge multidisciplinaires, les modifications des conditions d'exercice nous imposent sans cesse de réfléchir à la façon dont on peut et surtout dont on doit y appliquer le secret professionnel. Celui-ci a en effet profondément changé ces dernières années, passant d'une obligation purement déontologique à un véritable droit du patient, qui permet d'instaurer la confiance de ce dernier mais aussi de lui permettre de participer pleinement à sa prise en charge.

- Le devoir de discrétion

Le devoir de discrétion est ce qui peut se rapprocher le plus du respect de la vie privée des patientes. En effet, la sage-femme touche dans son exercice à ce qu'il existe de plus intime chez ses patientes, que ce soit dans le physique ou dans le psychique, le représentatif : elle aborde de façon étroite le domaine de leur sexualité, de l'importance pour ces femmes de devenir mères, leur expérience passée et leur ressenti actuel... En 1949, le fait d'exercer en libéral et donc d'aider les parturientes à accoucher à leur domicile dans la grande majorité des cas implique pour la sage-femme de s'immiscer dans la sphère familiale dans son ensemble. Cela est d'ailleurs toujours vrai aujourd'hui, lors des visites à domicile que peuvent effectuer les sages-femmes libérales (même s'il s'agit moins souvent d'accouchements). Il est alors de son devoir de cantonner cette intrusion au seul rôle qui lui est dévolu et de ne pas outrepasser ses fonctions de par sa proximité avec l'intimité des familles dans lesquelles elle est amenée à apporter ses soins. L'article 21 du code de déontologie de 1949 (... *ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille...*) l'exprime

très sobrement, tandis que l'article 34 essaie d'introduire un complément dans la manière dont la sage-femme doit s'y prendre pour ce faire, bien qu'il soit finalement à peine plus développé (... *prendre toutes précautions utiles pour éviter les indiscretions...*). Rien n'est en effet indiqué sur ces « précautions » que la sage-femme doit prendre ; elle doit donc agir avec son seul discernement pour déterminer les situations dans lesquelles son intervention serait souhaitable pour les soins à apporter à sa patiente et celles où elle ne ferait que commettre une indiscretion.

Le respect qui est dû à la vie privée de la patiente est un élément du code de déontologie des sages-femmes qui se rattache aussi à l'exercice de la profession dans une structure hospitalière. Tout comme les limites où commencent l'indiscretion, l'évaluation de la sensibilité de chaque patiente est laissée à l'appréciation de la sage-femme, qui doit pouvoir juger des informations qui sont recevables ou non selon chaque patiente. Ainsi, l'article 29 (... *Un pronostic grave peut [...] être dissimulé...*) peut être associé à cette notion, dans le sens où il s'attache particulièrement à la capacité ou non de chaque personne à recevoir un pronostic grave voire fatal sur son état de santé ; est-ce à la sage-femme d'établir si sa patiente est capable d'apprendre ce pronostic ? De plus, il appartient ensuite à la patiente de décider de la partager ou pas selon son propre jugement (... *la malade peut interdire cette révélation...*).

Dans le code de 2012, ce sont les articles 331 et 338 qui reprennent le devoir de discretion de la sage-femme dans son activité. L'article 338 reprend exactement l'ancien article 21 ; l'article 331, quand à lui, apporte certaines nuances. On retrouve ainsi des ajouts et modifications à la version de 1949 : ... *apprécie en conscience... l'ignorance d'un diagnostic grave... n'ait préalablement interdit toute révélation sur son état de santé...*

Nous pouvons tout d'abord remarquer qu'il est encore une fois du rôle de la sage-femme d'évaluer les raisons légitimes qui pourrait motiver ici une rétention d'informations ; alors qu'on ne pouvait que supposer que l'ancien article 29 laissait la sage-femme seule juge de ce que la patiente était en mesure d'apprendre, cette dernière idée est désormais confirmée par la reformulation du code effectuée au fil des décennies. Le pronostic n'est d'ailleurs plus le seul concerné par cette clause, mais également le diagnostic en lui-même ; car si la sage-femme est désormais habilitée à poser seule un diagnostic, ici grave, d'une pathologie obstétricale, il est alors à sa charge de décider d'en informer ou non sa patiente. Cet article est donc en contradiction avec la loi du 4 mars 2002 article L1111-2 relative à l'information des patients...

- Les droits du patient en 2012

Les droits accordés par notre société aux patients ont en effet été grandement élargis depuis 1949. La politique de santé était auparavant très « paternaliste », puisque toutes les décisions revenaient au professionnel sans que le patient puisse participer d'une quelconque manière aux soins le concernant, qu'il subissait simplement sans avoir son mot à dire ; cela ne lui venait d'ailleurs pas à l'esprit, car c'était le professionnel qui détenait les informations nécessaires et qui savait ce qui était le mieux pour lui.

Mais les sources d'informations médicales ont pris de l'ampleur avec les années : les patients ont désormais accès à une large palette de connaissances, plus ou moins fiables par ailleurs, grâce aux révolutions survenues dans le domaine de la transmission de l'information. Vulgarisation des ouvrages médicaux, télévision, Internet... sont autant de moyens pour les patients d'enfin pouvoir s'informer sur leur santé. Avec le respect de la dignité de la personne humaine auquel sont tenus les praticiens, qui englobe tous les droits de la personne à disposer de son corps et dont découle un grand nombre de droits des patients et devoirs du praticien que nous allons voir, les patients ont enfin l'occasion de se placer sur un pied d'égalité avec les professions de santé.

C'est tout le système de santé qui s'en est trouvé affecté : désormais, il incombe au praticien d'être à l'écoute de ses patients, de leurs désirs et de leurs souhaits dans ce qui touche à leur santé, en incorporant le patient à son propre parcours de soin.

Nous pouvons dégager trois grands principes de l'évolution de ces droits dans le nouveau code de déontologie : les droits et avantages sociaux accordés aux patientes, l'information de la patiente et le respect de sa volonté.

Evoquons tout d'abord l'article 336 de 2012 relatif aux droits et avantages sociaux auxquels les patientes sont susceptibles d'avoir droit (... *avantages sociaux auxquels son état lui donne droit...*). C'est l'envoi de la déclaration de grossesse, qui peut être établie par une sage-femme ou un médecin durant toute la durée de la grossesse, à la C.P.A.M. et à la Caisse d'Allocations Familiales (C.A.F.) qui déclenche l'ouverture des droits liés à la maternité, avec les droits en matière de protection au travail.

Les frais médicaux sont remboursés au tarif habituel du premier au cinquième mois de grossesse ; seuls les examens obligatoires sont remboursés à cent pourcent. A partir du premier jour du sixième mois, toutefois, tous les frais médicaux remboursables deviennent totalement pris en charge, même ceux qui ne concernent pas directement la grossesse, jusqu'au douzième jour après l'accouchement (pharmaceutique, frais d'hospitalisation, examens de laboratoire, consultations spécialisées...).

Sont également pris en charge à cent pourcent sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité, deux séances de suivi postnatal par une sage-femme, la consultation postnatale (qui est par ailleurs obligatoire) et des séances de rééducation périnéale.

Les patientes salariées bénéficient également du congé maternité ; celui-ci comporte deux périodes, le congé prénatal et le congé postnatal. La durée de chacun d'eux est déterminé en fonction du nombre d'enfants attendus et du nombre d'enfants déjà à charge ou nés viables. Le médecin peut également prescrire un congé pathologique aux patientes qui le nécessitent : il s'agit d'une période de repos supplémentaire de deux semaines au maximum, uniquement pendant la période prénatale. Le congé maternité s'adapte aux situations particulières : accouchement prématuré ou tardif, hospitalisation prolongée de l'enfant, grossesse interrompue, patiente bénéficiant du chômage... A noter que le congé paternité existe également, accordé après la naissance de l'enfant.

La C.A.F. prévoit également des aides financières disponibles dès le premier enfant, les unes versées sous conditions de ressources (la prime à la naissance ou à l'adoption, l'allocation de base, l'allocation de rentrée scolaire) et les autres accessibles à tous les revenus (le complément de libre choix du mode de garde, le complément du libre choix d'activité, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation journalière de présence parentale, l'allocation de soutien familial) sous certaines conditions notamment en ce qui concerne le cumul des prestations ; il existe également des aides versées à partir du deuxième enfant (les allocations familiales).

Malgré tous ces droits mis en place, l'article 336 du code de 2012 (... *sans céder à aucune demande abusive...*) insiste ici en disant que s'il est effectivement important que les patientes soient informées des droits pour lesquels elles ont toute légitimité, il ne faut pas non plus tomber dans l'excès inverse en facilitant l'accès d'une prestation à une patiente que ne devrait pas en bénéficier, ce qui deviendrait une fraude à l'Assurance Maladie.

Dans le code de déontologie de 2012, on retrouve également la notion d'information des patientes dans les articles 351 (... *informer de sa mission...*) et 356, avant dernier paragraphe (... *informer des conséquences...*), dans le cadre de l'exercice de la profession de sage-femme en tant qu'expert et des conséquences d'un refus de la patiente. L'article 356 fait un parallèle avec l'ancien article 50 mais en y ajoutant cette notion d'information de la patiente et non uniquement de la collègue absente et remplacée. La volonté de la patiente y trouve aussi une place plus importante, glissée dans plusieurs articles : l'article 306, deuxième paragraphe (... *La volonté de la patiente...*), l'article 330, deuxième paragraphe

(... *tenir compte de l'avis de la mineure...*), l'article 356, fin de l'alinéa 3 (... *en accord avec la patiente...*) et l'article 361, troisième paragraphe (... *des désirs de la patiente...*).

De nos jours, les principes d'information et de consentement sont en effet devenus les bases de l'activité soignante, car celle-ci peut porter atteinte, parfois même gravement, à l'intégrité physique du malade ; elle engage donc la responsabilité des professionnels pour coups et blessures, car le corps est indisponible (protégé des atteintes contre soi-même) et inviolable (protégé des atteintes des tiers) en France. Deux choses deviennent donc nécessaires afin de permettre les soins du professionnel :

- l'impératif thérapeutique, appartenant au domaine du médical : il s'agit d'autoriser un délit, les coups et blessures, afin d'éviter un délit encore plus grave (la maladie). Nous rejoignons ici le principe que nous avons vu plus haut de ne pratiquer que les soins nécessaires et raisonnables par rapport à l'état de santé du patient et dans son intérêt.

- le consentement du patient obtenu par le biais de son information afin de lever l'indisponibilité du corps. Il s'agit d'un assentiment à l'acte qui peut être retiré à tout moment ; le consentement doit être libre (donné sans contrainte) et éclairé (le principe de l'information donnée auparavant). L'information est en général orale bien qu'elle puisse être écrite (mais un document écrit ne fournira pas pour autant une preuve que l'information a bien été faite) et est évolutive, capable de changer au cours du temps, des modifications de pronostics ou de diagnostics et selon les intervenants ; elle se doit d'être adaptée, intelligible et loyale, c'est-à-dire qu'il est à la charge du soignant de veiller au degré de compréhension et de discernement du patient tout en veillant à rester neutre dans son exposé, afin de ne pas influencer le patient d'une façon ou d'une autre. On retrouve ce principe de compréhension dans l'article 334 du code de 2012 relatif à la formulation des prescriptions par la sage-femme : ... *avec toute la clarté nécessaire. Elle doit veiller à la bonne compréhension de celles-ci...* En vertu du règlement sur l'information faite à ses patientes, c'est à la sage-femme de s'efforcer de se faire comprendre par la patiente par tous les moyens possibles, y compris par une éventuelle traduction dans la langue de celle-ci (article 333, deuxième paragraphe de 2012). La nécessité de l'information s'applique même en cas d'urgence.

Il est à noter que le consentement (et donc l'information) est également à rechercher chez la personne mineure, sous tutelle ou sous curatelle au degré de sa maturité, comme dans les exemples que nous avons vus dans le code de déontologie des sages-femmes.

Ces mesures nous permettent alors de véritablement inclure le patient dans les choix relatifs à sa propre santé, le faisant passer de simple spectateur dans son propre parcours de

soin à acteur principal des décisions à prendre le concernant directement.

Dans l'article 331 du code de déontologie de 2012, nous avons vu évoqué l'article L. 1111-7. Cet article relève du code de la santé publique et a été modifié assez récemment par l'article 9 de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011. Cet article est relatif à l'accès aux informations concernant sa santé, qui seraient détenues par des professionnels ou des établissements de santé, de tout patient qui en exprime le désir. Le patient doit déposer cette demande auprès d'un médecin ; néanmoins, la présence d'une tierce personne n'est pas nécessaire à la consultation du dossier médical par le patient (hormis certains cas dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques).

Dans cette grande évolution des droits du patients, c'est la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui a fait les plus gros progrès dans tous les domaines. Tout n'a bien sûr pas été créé de nulle part avec cette loi ; il s'agit plutôt d'un regroupement de droits fondamentaux du patient dans le code de la santé publique, pour part déjà présents plus ou moins explicitement dans divers textes de loi. En plus de reprendre certains droits du patients, elle établit donc l'importance de l'information des patients, notamment sur leur propre santé (article L.1111-2 du code de la santé publique). Elle énonce aussi qu'il n'est plus à la charge du patient de prouver que l'information ne lui a pas été transmise mais au praticien de faire la preuve que l'information a bien été donnée (preuve qui se fait par tout moyen possible).

Cette loi prévoit aussi la participation des usagers au système de santé, par exemple par le biais des associations de patients ou de proches de malades.

L'une de ses applications pratiques en France est la charte de la personne hospitalisée, éditée en tant qu'annexe à la circulaire numéro DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées, regroupant en onze points les droits des patients au sein d'un établissement de santé, qui est l'actualisation, après la parution de la loi du 4 mars 2002, de la charte du patient hospitalisé qui avait déjà été écrite en 1995.

Ces droits sont reconnus comme tellement fondamentaux qu'ils apparaissent également dans la charte européenne des droits des patients, au-delà des différences entre les systèmes de santé des pays européens. Créée le 15 novembre 2002, elle s'appuie non seulement sur la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne mais également sur des textes de l'Organisation Mondiale de la Santé, le tout en déclinant en quatorze droits fondamentaux du patient les notions que nous avons vu plus haut.

Nous avons ainsi vu tout ce qui touchait aux devoirs des sages-femmes et aux droits de leurs patientes au travers de leur code de déontologie. Mais ces règles propres au respect de la personne humaine ne sont pas uniquement soumises au seul exercice de la sage-femme ; en effet, celle-ci, même en dehors de son activité professionnelle (soit dans le civil et sa vie privée), se doit de respecter à tout instant une certaine qualité de mœurs à laquelle elle est tenue afin de ne pas entacher l'honneur de sa profession.

B. La dignité de la profession

1-Le maintien d'une bonne image...

Nous l'avons vu dans la première partie, les déontologies professionnelles recèlent une part importante d'idéologie. Elles cherchent à donner un reflet de la pratique professionnelle sous la forme d'un idéal d'exercice à atteindre, destiné à donner la meilleure image possible de la profession, allant même parfois jusqu'au-delà de la réalité quotidienne. Ces déontologies sont des objets de discours qui ennoblissent l'image que les professions concernées se font d'elles-mêmes et qu'elles veulent transmettre à l'extérieur, sous forme de l'image la plus flatteuse possible⁴⁴. Les professions détentrices d'un code de déontologie sont en règle générale des professions cherchant à jouir d'un certain prestige social, ou souhaitant affermir celui qu'elles possèdent déjà (notamment les professions libérales dites « classiques » : médecins, avocats...)⁴⁵. En ce qui concerne plus spécifiquement les déontologies des professions de santé, elles possèdent une forte part de moralité ajoutée dans le service rendu lui-même, car touchant de près à des domaines spécifiques tels que la vie, la santé ou la mort ; certains auteurs vont même jusqu'à parler

⁴⁴ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 207.

⁴⁵ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 209.

de « service sacré »⁴⁶. L'image que les professionnels transmettent de leur profession devient alors un élément essentiel des codes de déontologie, non seulement vis-à-vis de leurs patients mais également en ce qui concerne les autres professionnels de santé.

- L'image donnée au public

Nous retrouvons ainsi, lors de la création du code de déontologie des sages-femmes en 1949, nombre d'articles consacrés à l'image que les professionnels peuvent laisser transparaître de leur profession, notamment dans ses articles 2 (... *même en dehors de l'exercice... de nature à déconsidérer...*), 9 (... *propres à déconsidérer sa profession...*), 17 (... *toute atteinte à l'honneur... tout ce qui est incomparable avec la dignité...*) et 19 (... *activité incompatible avec la dignité...*).

Nous constatons alors que ces articles, bien qu'appartenant spécifiquement au code de déontologie de la profession de sage-femme, insistent particulièrement sur leur application en dehors de l'exercice de la profession comme dans l'article 2. Cette exigence de moralité et de maintien d'une bonne image s'immisce donc également dans la vie privée du professionnel tout comme dans l'exercice d'une profession annexe et peut, de la même manière que lors d'une faute commise pendant l'exercice de la profession de sage-femme, entraîner des sanctions disciplinaires à l'encontre du professionnel⁴⁷.

On retrouve des articles relatifs à l'image de la profession donnée au public dans le code de déontologie de 2012. L'article 308 reprend l'ancien article 17 dans ses premier, deuxième et quatrième paragraphes, mis à part une précision concernant l'emploi d'un pseudonyme, pour lequel il est désormais écrit en clair que l'usage d'un pseudonyme est interdit pour l'exercice de sa profession. Les termes « déclarations et conférences » de 1949 ont quand à eux été remplacées par un bref « propos » englobant à lui seul toute la sphère des déclarations orales et l'aspect « personnel » de cette publicité ôtée pour n'intéresser que celle concernant un tiers ou une firme. En effet, l'attitude publicitaire personnelle, que l'on peut voir dans l'article 308 toujours mais dans son troisième paragraphe qui a été

⁴⁶ Centre de droit de la santé Aix-en-Provence, Bouches-du-Rhône Colloque 5, LECA A. La Déontologie Médicale. Aix-en-Provence : Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2007. THOLOZAN O. p. 61.

⁴⁷ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 220.

entièrement ajouté en 2012, se rapporte davantage à une autre notion qu'est la probité, que nous verrons dans le point C.

L'article 322, dans ses premier et deuxième paragraphes, paraphrase les anciens articles 2 et 19 du code de 1949 ; le paragraphe deux ajoute tout de même une nouvelle clause à l'exercice d'une autre activité que la profession de sage-femme, puisqu'il ne s'agit plus désormais d'une compatibilité uniquement relative à la dignité mais aussi à la réglementation en vigueur. Aucune autre précision n'est apportée pour savoir de quelle réglementation il s'agit ; nous pouvons toutefois penser aux conditions du cumul de l'activité dans la fonction publique d'une sage-femme avec une activité privée lucrative telle que l'exercice en libéral ou dans un établissement privé. En effet, d'après l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, il existe un principe général d'interdiction de cumul des activités pour les sages-femmes contractuelles ou fonctionnaires et d'obligation pour elles de consacrer l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches de la fonction publique ; pour résumé, les sages-femmes de la fonction publique n'ont pas le droit d'exercer une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit. Il y a néanmoins des dérogations à ce principe. Tout d'abord les sages-femmes n'exerçant pas à temps complet dans la fonction publique, si ce temps partiel est inférieur ou égal à soixante-dix pour cent du temps légal ou réglementaire de travail et si le directeur de l'établissement autorise ce cumul d'activités (article 15 du décret du 2 mai 2007). L'autre dérogation concerne les sages-femmes créant ou reprenant une entreprise libérale, y compris si elles exercent en parallèle à temps plein, tout en étant également soumise à un régime d'autorisation ; ce cumul ne peut être accordé que pour une période de trois ans maximum – deux ans plus une années supplémentaire si la sage-femme en fait la demande (décret du 20 janvier 2011).

Enfin, l'article 340, paragraphe trois de 2012 reprend l'ancien article 12, paragraphe quatre relatif aux dimensions de la plaque d'une sage-femme sur le lieu d'exercice ; les dimensions établies en 1949, « 25 cm par 30 cm », ont été remplacées par la mention « doivent être présentées avec discrétion » qui concerne aussi bien les dimensions de la plaque que les indications qu'elle comporte, afin d'éviter la prolifération de plaques « tape-à-l'œil » à caractère plus publicitaire qu'informatif.

- Les relations avec les autres professionnels

Les liens qui unissent la sage-femme avec les autres professionnels sont multiples. En effet, ceux-ci recouvrent non seulement les règles générales de la société de courtoisie et de bienséance, qui devraient s'appliquer à tout citoyen, collègue, patiente ou n'importe quelle autre tierce personne, mais aussi des règles plus spécifiques, tournées directement vers l'exercice de la profession en particulier. On peut diviser ces règles spécifiques entre celles intéressant les relations de la sage-femme avec d'autres corps de professionnels et celles concernant les relations des sages-femmes entre elles.

Parmi celles-ci, nous pouvons tout d'abord citer la bonne confraternité, ou ce qu'il est convenable de faire ou de s'abstenir entre membres de la même profession. On pourrait également l'appeler la solidarité entre professionnels, car elle inclue une aide et une assistance morale entre eux, voire un soutien mutuel. Cet esprit d'assistance dans l'adversité se rapproche finalement d'un sentiment presque familial, fraternel, entre les sages-femmes⁴⁸. Sa présence est fortement symbolique, puisqu'elle suscite et entretient sur le long terme la cohésion des différents groupes professionnels en leur permettant la constitution d'une réelle identité, qui permet elle-même l'émergence et l'efficacité des codes de déontologie⁴⁹. Dans le code de déontologie des sages-femmes, les articles concernant la confraternité sont rassemblés dans le titre IV- Devoirs de confraternité, mais tous les articles de ce titre ne seront pas nécessairement cités dans ce paragraphe.

Dans le code de 1949, les articles propres à la confraternité qui est due entre toute sage-femme sont les articles 45 (... *entretenir entre elles des rapports de bonne confraternité...*), 46 (... *se doivent entre elles une assistance morale... bonne confraternité...*), l'article 47 (... *une dénonciation formulée à la légère [...] constitue une faute...*) et l'article 50, alinéa 1 (... *la deuxième sage-femme doit [...] prévenir la première sage-femme...*) et dernier paragraphe (... *doivent s'abstenir [...] des réflexions désobligeantes et de toute critique...*).

Le code de déontologie définit de cette manière certains cas de figure où la sage-femme se doit de faire preuve de bonne confraternité et en donne quelques applications pratiques. Il insiste également sur l'importance de respecter tout particulièrement ces règles de

⁴⁸ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 227-229.

⁴⁹ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 234-235.

déontologie sous peine de sanction, définissant même dans un cas une véritable « faute ». Elle invite au contraire toute sage-femme ayant un différend à le régler à l'amiable (... *doit d'abord tenter de se réconcilier avec elle...*) ou propose une autre solution le cas échéant (... *elle peut en aviser le président du Conseil Départemental de l'Ordre...*) et condamne la médisance tout en encourageant à prendre la défense d'une autre sage-femme si on la sait critiquée (... *il est interdit à une sage-femme de calomnier une autre sage-femme... bonne confraternité de prendre la défense...*). Le code insiste notamment sur les calomnies susceptibles d'être entendues des patientes et par là même pouvant nuire à l'exercice de la profession de la sage-femme concernée (... *de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession...*). L'écho que renvoie le code de déontologie sur la confraternité a donc un aspect très négatif, puisque ayant pris le parti d'accentuer la condamnation de son non-respect plutôt que de valoriser les sages-femmes s'y tenant. On peut penser qu'il s'agit d'une facilité quand à l'application pratique de sanctions quand une récompense de chaque bonne action paraît difficilement réalisable, ou bien la non-valorisation de la confraternité en elle-même tient à ce que l'Ordre l'ait considérée comme étant la norme à suivre et non un exemple exceptionnel.

Les relations entre les sages-femmes ne tiennent cependant pas qu'à ce qu'elles peuvent dire d'elles ; nous retrouvons en effet quelques articles dans le code s'intéressant de plus près à la question de la concurrence. Il s'agit de questions disciplinaires internes à la profession mais ne concernant pas tous les professionnels ; dans le code de 1949, elles s'adressent essentiellement aux professionnels exerçant en libéral⁵⁰, bien que les autres formes d'exercice aient également une patientèle à conquérir. Le code de déontologie proscriit tout particulièrement le détournement de clientèle entre sages-femmes, dans les articles 50 (... *les cesser dès le retour de celle-ci... elle ne peut en aucun cas considérer la patiente comme sa cliente...*), 55 (... *dans un poste où elle puisse entrer en concurrence directe avec la sage-femme...*) et 56 (... *ne doit pas s'installer dans un immeuble habité par une autre sage-femme en exercice...*).

D'autres aspects de la concurrence déloyale sont évoqués dans le code de déontologie ; néanmoins, nous avons préféré les rapprocher du principe de probité que nous étudierons dans la partie suivante plutôt que de les associer aux relations intra professionnelles en tant que telles.

⁵⁰ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 235.

Concernant les rapports entre sages-femmes, le code de 2012 reprend ce qui avait déjà été énoncé en 1949 dans ses articles 342, paragraphe un (... *dans un cabinet où elle puisse entrer en concurrence directe...*), 347 (... *ne doit pas s'installer dans un immeuble où exerce une autre sage-femme...*), 354 (... *des rapports de bonne confraternité... elles se doivent une assistance morale...*) et 356 (... *est appelée auprès d'une patiente suivie par une autre sage-femme, elle doit respecter les règles...*).

Dans l'article 342, des précisions sont apportées en plus de simplement reprendre l'ancien article 55 : il y est en effet défini la durée minimale de remplacement entraînant l'interdiction (trois mois) et le terme de « poste » a été remplacé par « cabinet ». On comprend ici que les postes autres qu'en exercice libéral, qui étaient effectivement moins nombreux à l'époque, ne sont plus concernés par cette clause qui serait devenue difficile à appliquer si c'avait été le cas de nos jours. De même, l'éventuel accord qui peut exister entre les intéressées doit désormais être porté à la connaissance du Conseil Départemental, afin d'en garder une traçabilité qui puisse être réutilisée en cas de litige.

Passons à présent à l'article 347 : il remplace dans l'ancien article 56 le verbe « habité » par « où exerce » ; l'interdiction de s'installer dans un immeuble occupé par une autre sage-femme ne concerne donc plus que l'installation professionnelle de la sage-femme déjà sur place et non son lieu de vie personnel. Une phrase a également été ajoutée, stipulant que le seul motif de refus possible par l'Ordre à cette installation est le risque de confusion pour le public. Ainsi, bien que définissant une règle relative aux relations entre sages-femmes, cet article s'attache surtout à l'intérêt des patientes plutôt qu'à celui des professionnels concernés.

L'article 354 paraphrase les anciens articles 45 et 46 en y ajoutant quelques légères modifications. L'aspect professionnel du dissentiment entre sages-femmes qui se doit d'être réglé a été ôté ; la recherche de conciliation concerne donc à présent aussi bien les dissentiments personnels qui, on le comprend aisément, sont tout autant susceptibles d'entraîner des défauts de prise en charge des patientes ou des critiques à l'endroit d'une autre sage-femme. Les réflexions désobligeantes ne concernant pas uniquement la pratique professionnelle sont donc interdites de la même façon que celles relatives à la manière d'exercer la profession. On note également, dans le choix de la formulation, que la réconciliation peut être réalisée par l'intermédiaire du Conseil Départemental même si la sage-femme n'a pas d'abord tenté une réconciliation directe ayant échoué ; la procédure de conciliation du Conseil Départemental est toutefois obligatoire dans le cadre de ces litiges avant toute saisine de la juridiction disciplinaire.

Enfin, l'article 356 n'ajoute rien de supplémentaire par rapport à l'ancien article 50 du code de 1949 en ce qui concerne les relations entre professionnels : quand à l'article 358, ajouté depuis, il précise simplement que le remplaçant doit rendre son activité à la sage-femme qu'il a remplacé au terme de son contrat.

Un autre point de l'article 342 de 2012 mérite une attention un peu plus particulière : ... *les sages-femmes exerçant en association avec celle-ci...* En effet, les sages-femmes libérales peuvent désormais travailler en association, notamment au sein d'un même cabinet ; bien qu'existant déjà en 1949 (article 63 : ... *toute association ou société entre deux ou plusieurs sages-femmes...*), l'accent y est davantage porté de nos jours. C'est désormais le type d'exercice libéral qui se répand le plus ; il permet en effet de partager les charges du cabinet entre les associés (qui sont fixes), de se faire plus facilement connaître (par exemple en s'associant avec une sage-femme déjà en exercice avec une patientèle constituée) et d'assurer la continuité des soins entre associés⁵¹. Ces associations font l'objet d'un contrat écrit, établit selon les clauses des contrats-types prévus par le Conseil National et soumis à l'approbation du Conseil Départemental de l'Ordre.

Enfin, dans leur exercice, les sages-femmes sont également régulièrement confrontées à d'autres corps de métiers, de santé ou non, médicaux ou non. Toutefois, dans le code tel que paru en 1949 il n'est fait mention que des professions médicales et paramédicales, comme écrit dans l'article 58 : ... *éviter tout agissement injustifié tendant à leur nuire[...] et se montrer courtoises...*

On retrouve dans cet article à la fois les règles générales de bonnes mœurs dans la société – la courtoisie – et dans une certaine mesure, quoique bien moins détaillées, les notions de la confraternité interdisant tout ce qui serait susceptible de nuire à l'exercice de la profession d'autrui.

En 2012, pour ce qui est des rapports entre la sage-femme et les autres professionnels, l'article 359 de 2012 ajoute à l'ancien article 58 que les règles relatives aux liens qu'ils entretiennent ne concerne plus uniquement les professionnels médicaux et paramédicaux, mais tous les professionnels de santé qu'elle est amenée à côtoyer. Il ne s'agit plus non plus de simplement définir les règles régissant les rapports entre les sages-femmes et les autres professions ; les « agissements injustifiés à éviter » et la « courtoisie à leur égard » ont été généralisés sous le terme de « bons rapports », moins exhaustif que les deux exemples

⁵¹ PLATEL L. Petit guide de l'installation en libéral. Cours aux ESF5 de Nantes, le 23/10/2013.

donnés précédemment et s'appliquant à tous les niveaux de relation. L'entretien de ces bons rapports est par ailleurs essentiellement motivé par l'intérêt des patientes.

Nous pouvons alors faire le rapprochement avec les maisons de santé, introduites dans le code de la santé publique le 19 décembre 2007 par la loi de financement de la sécurité sociale, mais réellement définies le 21 juillet 2009 dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elles permettent d'ouvrir un mode d'exercice collectif aux professionnels libéraux, à l'instar des associations entre sages-femmes ; il s'agit toutefois ici de structures pluri-professionnelles, réunissant des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux, personnels médico-sociaux ou pharmaciens partageant un même projet de santé afin d'attester de leur exercice coordonné. Elles assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Le principal enjeu de ces maisons est ainsi la coordination des professionnels autour d'un projet commun ; on comprendra l'importance que prennent, dans ces situations, les rapports entre les différents membres de ces structures. On y retrouve également l'intérêt des patients, puisque qu'elles ont été créées en partie pour répondre au problème de la démographie médicale dans les milieux ruraux et assurer aux patients un meilleur parcours en terme de continuité des soins et qualité de prise en charge.

Cette continuité de prise en charge reposant sur les rapports entre professionnels se retrouve aussi dans d'autres situations, par exemple le lien réalisé entre les hôpitaux et l'activité de ville, afin d'assurer la coordination du système de santé et la complémentarité ville-hôpital. Nous pouvons parler ici du médiatisé PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile (P.R.A.D.O.) pour les femmes venant d'accoucher ; le principe est d'écourter le séjour en maternité de ces patientes et de leur nouveau-né tout en assurant la bonne qualité des soins postnataux grâce à l'activité de ville, en effectuant un relais entre l'hôpital et les praticiens libéraux. Pour maintenir un suivi satisfaisant de la santé des patientes, il est alors du devoir des professionnels d'établir entre eux un lien nécessaire à la bonne transmission des informations attachées à la patiente.

L'exercice de la profession en libéral implique également, afin de pouvoir maintenir son cabinet, la création de relais efficaces et d'un véritable réseau de praticiens (avec les maternités alentours, les médecins du secteur, psychologues, les services de Protection Maternelle et Infantile, kinésithérapeutes, ostéopathes, infirmières...) et la coordination des soins avec le médecin traitant des patientes et les autres professionnels.

La réputation que doivent conserver les sages-femmes ne consiste cependant pas en une simple façade de bons rapports avec les patientes et les autres professionnels de santé mais s'ancre bien plus profondément encore dans la déontologie. En effet, cette image qu'elles transmettent de leur profession et les relations qu'elles établissent avec les autres praticiens avec lesquels elles collaborent reposent sur le principe de probité demandée à la profession qu'elles se doivent à tout instant de respecter, qui fait le sujet spécifique d'autres articles du code.

2-... qui passe également par la probité

La probité possède une importante valeur dans les codes de déontologie de par sa signification morale profonde. Nous l'avons en effet vu dans la première partie, la déontologie s'est construite sur des principes moraux ; nous les retrouvons en grande partie sous le terme de probité dans les codes qui tentent d'en dresser une liste non exhaustive d'exemples.

Dans le Larousse, la probité est définie comme étant la « Qualité de quelqu'un qui observe parfaitement les règles morales, qui respecte scrupuleusement ses devoirs, les règlements, etc. » et en donne pour synonymes, parmi d'autres, conscience, rectitude, intégrité, droiture, honnêteté...

Il s'agit donc ici d'une moralité calquée sur des règlements afin d'en encadrer l'application pratique ; la raison de sa place dans le code de déontologie devient alors évidente. Dans ce règlement, l'une des applications principales de la probité est le désintéressement que toute sage-femme se doit de garder à l'esprit en tout instant, en plus des autres valeurs de bonnes mœurs qu'elle doit conserver.

- Concernant les intérêts financiers

Dans son application purement pratique dans le code de déontologie des sages-femmes, c'est donc bien la probité qui sauvegarde les professionnels de l'esprit de lucre. Le

désintéressement fait partie des qualités qui leur sont demandées et plus particulièrement, par ailleurs, à ceux exerçant leur activité dans le milieu libéral. Le pourquoi de ce dernier point est qu'on peut faire remonter l'importance de cette qualité à l'origine des professions libérales ; en effet, dans le sens plus ancien du terme, les personnes exerçant ces professions intellectuelles étaient assez élevées dans la société pour ne pas avoir besoin d'être payés par leurs clients. Elles ne percevaient donc pas de salaire et exerçaient ces professions pour le seul plaisir intellectuel qu'elles pouvaient leur procurer. Ce principe de gratuité aura néanmoins vite été abandonné au profit de l'exercice libéral tel que nous le connaissons encore aujourd'hui et ce déjà en 1949⁵². A cette époque, le code de déontologie garantit déjà aux patientes le désintéressement des sages-femmes auxquelles elles s'adressent. Il réclame aux praticiennes un exercice professionnel non mercantile ; pour certaines professions (les avocats), il rend même celles-ci incompatibles avec une activité commerciale quelle qu'elle soit⁵³. Il interdit notamment au professionnel de subordonner son activité professionnelle aux seuls intérêts financiers, comme en témoignent dans le code de déontologie des sages-femmes de 1949 les articles 14 (... *tout versement ou acceptation clandestins d'argent [...] toute commission versée [...] l'acceptation d'une commission pour un acte médical [...] toute ristourne en argent ou en nature...*), 15 (... *dans les locaux commerciaux où sont mis en vente des médicaments ou appareils...*), 19 (... *interdit d'exercer tout autre métier [...] susceptible de lui permettre d'accroître ses bénéfices...*), 35 (... *d'abaisser ses honoraires dans des intérêts de concurrence...*), 38 (... *il est de règle qu'une sage-femme donne ses soins gratuitement à...*), 49 (... *le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est formellement interdit...*) et 10, alinéas 1 (... *les procédés de réclame ou de publicité personnelle de caractère commercial...*) et 2 (... *les manifestations spectaculaires n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif...*). Nous constatons ici le nombre assez élevé d'articles y faisant référence, mettant l'accent sur l'importance de ce principe au sein d'une profession, rappelons-le encore une fois, exercée majoritairement en libéral à l'époque.

Le dernier article porte plus essentiellement sur l'absence de publicité que doit respecter une sage-femme autour de son activité. Bien qu'appartenant en réalité plus au domaine de la concurrence déloyale, nous pouvons tout de même préciser ici la distinction qui est à effectuer entre une publicité commerciale qui est strictement interdite et une publicité qui serait plus à rapprocher d'une information du public. En effet, si la publicité engendre un

⁵² Centre de droit de la santé Aix-en-Provence, Bouches-du-Rhône Colloque 5, LECA A. La Déontologie Médicale. Aix-en-Provence : Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2007. p. 20-21.

⁵³ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 210.

risque de fausser la liberté de choix du patient en ne fournissant que les éléments à l'avantage du praticien, l'information des différents services que ce même patient peut obtenir d'un professionnel reste nécessaire afin de pouvoir respecter entièrement sa liberté de choix⁵⁴... Nous pourrions alors nous appuyer à nouveau sur le Larousse, qui définit la publicité comme étant un moyen de faire connaître et le démarchage comme consistant à solliciter la clientèle (ou la patientèle) ; c'est ce dernier qui serait alors à proscrire tout particulièrement.

En 2012, plusieurs articles reprennent ceux de 1949. L'article 311 reprend l'ancien article 18 dans l'idée qu'il véhicule tout en le modifiant totalement dans la forme. Il ne s'agit plus de « tromper la bonne foi de la clientèle » ; cet aspect d'abus de la confiance que les patientes peuvent avoir en elle ne suffit plus à constituer ce qui était appelé une « faute grave » à l'époque et a complètement disparu. De même, les termes « présentant ou conseillant comme salubre » a été remplacé par « distribuer à des fins lucratives des remèdes, appareils ou tout autres produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé ». L'évocation de « procédés insuffisamment éprouvés » a également disparu, quand « délivrer des médicaments non autorisés » a lui été ajouté. Nous sommes ici passés d'un article se rattachant davantage à l'intérêt des patients qu'il fallait préserver de tout charlatanisme à l'aspect plus lucratif qui peut motiver ces fraudes, au détriment parfois des instructions scientifiques relatives à la liste des médicaments autorisés en France.

Si nous regardons à présent l'article 321, troisième paragraphe (... *de donner des consultations dans des locaux commerciaux...*) qui s'appuie sur l'ancien article 15, nous constatons que les modifications ont été ici beaucoup plus subtiles. Les qualifications des consultations « gratuites ou moyennant salaires ou honoraires » ont été retirées, le mot « consultations » se suffisant amplement et englobant tous les types de consultations par son utilisation seule. Il a été ajouté une clause autorisant exceptionnellement la pratique concernée en cas de dérogation accordée par le Conseil Départemental de l'Ordre, renforçant l'influence qu'il possède dans l'application du code et des éventuelles sanctions. Enfin, il est à présent également fait mention des locaux autres que commerciaux où sont mis en vente non seulement les médicaments et appareils mais aussi les produits (qui n'existaient pas non plus en 1949) intéressés par l'article, tentant ainsi d'englober le plus de cas de figures particuliers possible afin d'éviter au maximum tout contournement de la

⁵⁴ Haut conseil des professions du droit France, Ordre des avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Les Règles Déontologiques Au Service Des Usagers Du Droit. Paris : Dalloz, 2013. DECOQC G. p. 43.

réglementation.

Cet article recoupe la circulaire du 9 juillet 1993 relative à l'application de l'article L. 365-1 du code de la santé publique, dite loi anti cadeaux. En effet, cette loi « *a pour objet d'assurer une plus grande transparence dans les relations entre les professionnels de la santé et les entreprises de ce secteur qui assurent des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale* ». Elle régule de cette façon les liens entre les laboratoires et les professionnels de santé en leur fixant des limitations déontologiques.

L'article 322, paragraphe trois (... *une autre profession qui lui permette de retirer un profit de ses prescriptions ou de conseils...*), quand à lui, ne change qu'assez peu par rapport à son ancienne version, l'article 19 de 1949. Il a surtout été allégé de son contenu superflu et trop détaillé : les mentions « tout autre métier et toute autre profession » ont été retirées au profit d'un plus sobre « une autre profession », l'adjectif « susceptible » ayant également été ôté ; enfin, « permettre d'accroître ses bénéfices » a été changé en « qui lui permette de tirer profit ». L'article a été de cette façon à la fois débarrassé de la lourdeur de son contenu tout en couvrant un plus grand nombre de possibilités grâce à sa simplicité lui cédant une plus grande généralité d'application.

Passons ensuite à l'article 355 (... *le détournement et la tentative de détournement de clientèle sont interdits. Il est interdit [...] d'abaisser ses honoraires dans un but de concurrence...*). Il reprend deux articles de 1949 : l'article 49 qu'il ne modifie pas et l'article 35 qui lui s'est vu retiré plusieurs précisions. Les mentions « au-dessous des barèmes publiés par les organismes qualifiés » – qui pourtant pourrait être applicable à notre époque avec le système de cotations des actes par l'assurance maladie – et « quand sa conscience le lui commande » – supprimant la raison de donner des soins gratuitement, qui ne concerne que la sage-femme, comme une concession à la sensibilité et à la vie privée de chaque praticien – ont ainsi été retirées. L'article 350 (... *profiter de ses fonctions pour augmenter sa clientèle personnelle...*) s'intéresse lui aussi au principe de probité dans la non-lucrativité mais n'apporte aucune modification à l'ancien article 42 du code de 1949.

L'article 310, qui par ailleurs reprend l'ancien article 10 au sujet de la publicité, apporte des précisions en ce qui concerne la différence entre la publicité commerciale qui est prohibée et la communication d'informations soumises à conditions par la sage-femme qui est elle autorisée notamment concernant les mêmes informations que celles qu'elle est autorisée à faire figurer sur ses ordonnances, sa plaque professionnelle ou sur ses

honoraires⁵⁵. Ce changement étend en effet le principe de 1949 d'exceptions avec accord du Conseil Départemental de l'Ordre à des cas particuliers qui ne relèvent pas de la publicité à but lucratif, appliqués aux nouveaux moyens de communication (en passant des appels dans la presse et la radiodiffusion de 1949 aux sites internet) et toujours soumis à l'autorisation du Conseil Départemental de l'Ordre préalable.

Enfin, l'article 342, paragraphe deux ajoute une clause relative à la sage-femme remplacée, qui n'est alors pas censée être en activité rémunérée durant son remplacement, à l'ancien article 55 sur les modalités d'installation après un remplacement. Les articles 337 (... *toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits...*) et 341, paragraphes deux (... *être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués...*) et trois (... *doit afficher [...] les informations relatives à ses honoraires...*) apportent également des précisions inconnues en 1949, au sujet des cotations, actes effectués et déclarés, honoraires et dépassements d'honoraires par la sage-femme. Il est à noter qu'aujourd'hui, les dépassements d'honoraires sont autorisés à la sage-femme (contrairement à ce qui était possible lors de la mise en place du système de sécurité sociale) dans des circonstances particulières et s'ils sont effectués avec tact et mesure (arrêté du 10 décembre 2007).

- Concernant la morale de la profession

Si on regarde de plus près l'article 14 du code de 1949, le désintéressement ne fait pas pour autant tout le fond de la probité : ... *tout acte de nature à procurer pour la patiente un bénéfice illicite... toute facilité accordée à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine ou de la profession de sage-femme...* En effet, la probité concerne également tout ce qui se rattache directement ou indirectement à la droiture que le professionnel doit suivre ou tout ce qui serait susceptible de causer un conflit d'intérêts du professionnel (celui-ci ne doit alors pas accepter de mission lorsque son objectivité est compromise). Nous pouvons également citer ici le principe de la concurrence déloyale de celui qui tire profit d'une fonction extérieure à sa profession pour accroître sa clientèle, par exemple⁵⁶ (article 42 : ... *ne doit en aucun cas profiter de ses fonctions pour augmenter sa clientèle*

⁵⁵ Haut conseil des professions du droit France, Ordre des avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Les Règles Déontologiques Au Service Des Usagers Du Droit. Paris : Dalloz, 2013. GUINCHARD S. p. 18-19.

⁵⁶ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 210.

personnelle... article 20 : ... d'en user à des fins professionnelles pour accroître sa clientèle...), utilisant une renommée gagnée extérieurement pour réaliser la publicité de sa profession de sage-femme.

Dans le code de déontologie, la probité se rapproche de ce que nous pourrions appeler une clause de conscience, ratifiée par la sage-femme et garantissant un certain honneur qu'elle se doit de conserver en dehors des simples règles professionnelles. Aux articles précédemment cités, nous pouvons en ajouter d'autres du code de 1949 se rattachant eux aussi à la probité réclamée aux sages-femmes, chacun donnant un exemple de ce que cette probité peut couvrir. L'article 8 (*... d'établir un rapport tendancieux ou de délivrer un certificat de complaisance...*) définit qu'une sage-femme ne peut utiliser ses compétences afin d'avantager certaines patientes (conflit d'intérêt), quand l'article 13 (*... tous les procédés de nature à tromper le public sur la valeur de ces titres...*) reprend le souci que le praticien doit avoir de ne pas abuser de la confiance que le public peut avoir mis dans la profession. L'article 16 (*... tout compéragé [...] est interdit...*) rappelle que les ententes entre personnes afin de s'en prendre à une autre (sous le terme de compéragé) sont interdites ; l'article 44 (*... exerce son activité au service d'une collectivité publique ou privée doit s'abstenir de détourner les femme...*) établit que les sages-femmes salariées, aussi bien dans le public que dans le privé, ne doivent pas abuser de leur position dans le suivi des femmes enceintes afin de les inciter à changer le choix du personnel ou établissement pour leur accouchement et l'article 48 (*... les sages-femmes sont [...] tenues de révéler tous les faits utiles à l'instruction parvenus à leur connaissance...*) indique qu'une sage-femme doit, dans toute la mesure du possible, faciliter les démarches des enquêtes disciplinaires effectuées envers une autre sage-femme sans y faire entrave de façon délibérée.

Nous retrouvons donc dans ces articles l'imprégnation du code de déontologie par les règles de morale que les professionnels se doivent d'observer ; nous pouvons aussi ajouter que la liste ci-dessus est loin d'être exhaustive, bien qu'elle tente de dépeindre au mieux les cas de figure les plus importants qu'une sage-femme est susceptible de rencontrer. De manière générale, la probité regroupe tout ce que la sage-femme est supposée appliquer en tant que valeurs morales afin de pas faire passer ses propres intérêts, qu'ils soient financiers ou moraux, avant ceux de sa mission auprès de ses patientes et par là sauvegarder la dignité de la profession.

Le code de 2012 comporte de nombreux articles identiques à ceux de 1949 en ce qui concerne la morale professionnelle. On y retrouve l'article 319, qui reprend l'ancien article

14 en majeure partie : deux modifications y apparaissent seulement, dans les avantages qu'il est interdit de procurer à une patiente – ceux-ci recouvrent désormais les « avantages matériels » et plus les « bénéfiques », qui ont une définition assez large mais floue, de même qu'à l'adjectif « illicite » a été ajouté celui d'« injustifié » afin de souligner que ce principe ne concerne pas uniquement l'aspect légal de la profession mais bien aussi sa moralité. Quand à l'expression « envoi dans une clinique », elle a été remplacée par « l'orientation vers un établissement de soins », plus générique de nos jours où nous retrouvons la même qualité de soins dans les maternités publiques que privées. L'ancien alinéa 6 de ce même article 14 de 1949 relatif aux facilités pour les personnes exerçant illégalement la médecine ou la profession de sage-femme est retrouvée telle quelle dans l'article 320 de 2012 : sa différenciation des autres points cités dans l'ancien article augmente encore l'importance de ce point précis, accentuant son aspect particulièrement répréhensible.

L'article 321, premier paragraphe est également concerné ici, puisque cette partie reprend l'ancien article 16 relatif au compéragé. Cet article avait déjà été modifié entre-temps : dans la version du code de 2008, par exemple, il stipulait que *toute entente en vue de léser une tierce personne est interdite entre sages-femmes et médecins, pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes, même étrangères à la médecine*, apportant déjà quelques changements par rapport à 1949 : le terme « compéragé » avait été ôté pour être remplacé par sa définition, tandis que l'article ne se rapporte plus uniquement à l'entente avec des sages-femmes d'une part et des tierces personnes d'autre part mais aussi au compéragé entre sages-femmes, ce qui n'apparaissait pas ou mal dans la première formulation. « L'intelligence secrète » a de son côté été modifiée pour une simple « entente », lui retirant son aspect secret qui n'est en réalité pas la principale caractéristique du compéragé. La définition de ce dernier a encore été changée en 2012 : il ne s'agit plus de léser une autre personne, mais plus généralement d'obtenir tout avantage au détriment d'une patiente ou d'un tiers. La notion de bénéfice retiré de l'entente a été accentuée vis-à-vis de sa simple malignité.

L'article 323 n'a guère apporté de modification à son modèle, l'article 20 de 1949 : au mandat politique a juste été ajouté le mandat électif. Nous pouvons simplement supposer que ces mandats et fonction administrative sont compatibles avec le cumul des activités dont nous avons parlé précédemment.

Enfin, l'article 335 (... *d'établir un rapport tendancieux ou de délivrer un certificat de complaisance...*) n'a rien apporté ni retiré à l'ancien article 8 qu'il reprend mot pour mot.

L'article 308, dont le troisième paragraphe (... *participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire...*) a été entièrement ajouté dans le décret de 2012,

établit les conditions des actions d'information du public à laquelle la sage-femme peut être amenée à participer ; l'accent est particulièrement mis sur la prudence dont elle doit faire preuve en « ne faisant état que de données confirmées » et en faisant attention à la façon dont ses propos peuvent être interprétés auprès du public. L'article rappelle à cette occasion l'absence de publicité qui ne soit pas pour une cause d'intérêt général à laquelle doit s'astreindre la sage-femme. La prudence qui est prônée ici peut faire penser à la même prudence dont tout praticien doit faire preuve de nos jours, avec la multiplication des recours en justice par les patients à l'encontre des professionnels de santé, qui ont en réaction tendance à recourir au principe de précaution afin de se protéger contre ces attaques.

L'article 363, outre la reprise de l'ancien article 48, s'est vu quand à lui ajouter un dernier paragraphe avec la mention des risques de poursuites disciplinaires auxquels la sage-femme peut s'exposer dans le cadre d'une autre procédure disciplinaire, appuyant la possibilité pour l'Ordre des sages-femmes de sanctionner les professionnels en activité ne respectant pas le code de déontologie. Bien que ce rappel ne soit pas présent dans tous les articles, il s'applique néanmoins à l'ensemble du code sans exception ; les articles portant cette mention spéciale sont donc estimés particulièrement importants aux yeux de l'Ordre pour que leurs infractions soient telles que les peines encourues soient expressément citées.

Outre ces règles de morales qui en composent une importante partie, le code de déontologie prévoit également pour la sage-femme les moyens que celle-ci a à sa disposition afin de soigner au mieux ses patientes, en adéquation avec les principes que nous avons étudié précédemment. Nous atteignons ainsi dans notre analyse un nouveau principe fondamental de la déontologie ; l'obligation qu'à toute sage-femme de mettre en œuvre tout ce qui est à sa disposition pour le bien et la santé de ses patientes.

C. Obligation de moyens

L'obligation de moyens, dans la déontologie, recouvre elle aussi plusieurs domaines. Elle signifie tout d'abord que la sage-femme se doit d'être pleinement qualifiée pour exercer sa profession, c'est-à-dire être titulaire des titres et diplômes qui sont obligatoires à

son autorisation de pratiquer et donc également être en possession des compétences nécessaires à sa profession, puisque ce sont ces compétences qui sont sanctionnées par le diplôme d'Etat de sage-femme à la fin de ses années d'études. Ces aspects légaux ne font cependant pas toute l'obligation de moyens : bien qu'en pleine possession de ses possibilités, elle doit néanmoins veiller à agir avec prudence, en prenant garde à ne pas dépasser les limites desdites compétences. Dans les cas où la limite serait atteinte, elle doit alors faire tout ce qui est en son pouvoir afin de collaborer avec d'autres professionnels, qui eux possèdent les compétences adéquates, pour poursuivre au mieux la prise en charge de sa patiente sans que celle-ci se trouve démunie de soins. La sage-femme doit donc non seulement agir avec justesse en apportant une certaine qualité dans ses soins, mais aussi avec humilité en n'hésitant pas à passer la main si elle estime ne pas pouvoir faire au mieux pour la santé de la patiente sans toutefois en abuser. Le code de déontologie de 1949 expose par exemple la notion de limite des compétences dans son article 28 : *... lui assurer tous les soins en son pouvoir... faire appel aussitôt à un médecin si les circonstances dépassent les limites légales de sa capacité professionnelle... éviter au contraire cet appel s'il n'est pas strictement indiqué...*

Certains principes particuliers de ce grand ensemble sont néanmoins détaillés plus en avant dans le code de déontologie : nous y retrouvons l'aspect législatif des compétences de la sage-femme, l'assistance qu'elle doit rechercher auprès des autres professionnels de santé le cas échéant et les conditions des lieux dans lesquels elle peut ou doit exercer sa profession.

- Les compétences de la sage-femme

Les lois relatives aux compétences de la sage-femme appartiennent au code de la santé publique ; elles sont classées à la quatrième partie de ce code concernant les professions de santé, livre premier (les professions médicales), titre V (la profession de sage-femme) et regroupent les articles L. 4151-1 à L. 4151-4. Les compétences des sages-femmes sont donc définies par le droit juridique.

En réunissant les articles concernés, nous pouvons dégager plusieurs extensions des compétences, prescriptions et actes, survenues notamment grâce à la loi de santé publique du 9 août 2004, la loi du 21 juillet 2009 et la loi de bioéthique du 7 juillet 2011. Selon l'article L. 4151-1 (modifié par la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011, article 38), l'exercice de

la profession de sage-femme comporte désormais 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 postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant ». Cette formulation permet de sous-entendre quels sont les actes concernés sans avoir à en dresser une liste qui pourrait être interprétée comme exhaustive, comme nous l'avons constaté dans l'article 318 du code de déontologie de 2012 ; il en va de même en ce qui concerne la liste des instruments que la sage-femme peut employer, qui est implicitement autorisée car nécessaire à la pratique des actes accordés à la sage-femme⁵⁷.

L'examen postnatal peut également être réalisé par une sage-femme si la grossesse et l'accouchement ont été physiologiques ; elle est également habilitée à réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention (sans dépasser le cadre de ses compétences défini par les situations pathologiques). Enfin, les sages-femmes peuvent à présent participer aux activités d'assistance médicale à la procréation. L'article L. 4151-2 (modifié par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, article 103) concerne les vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer et l'article L. 4151-4 (modifié par la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011, article 5) les prescriptions de dispositifs médicaux, des examens strictement nécessaires à l'exercice de la profession et des médicaments de certaines classes thérapeutiques.

Le code de déontologie de 1949 s'appuie en effet sur le code de la santé publique pour préciser les modalités d'application des compétences et prescriptions de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, ainsi que les limites de ces compétences et prescriptions qu'elle ne doit pas dépasser, notamment dans les articles 22 (... *l'établissement [...] des certificats, attestations ou documents...*) et 24 (... *se conformer dans ses prescriptions à la réglementation en vigueur...*), bien que l'article 24 ne donne pas plus de détails sur la question de la réglementation dont il est question. Nous pouvons également constater que l'article 25 reprend les limites et interdictions des gestes de la sage-femme : cela comprend l'interdiction de pratiquer toute intervention instrumentale (hors sutures périnéales superficielles en post-partum immédiat), d'administrer d'une anesthésie en dehors de la présence d'un médecin, de traiter ou surveiller un avortement (qui est toujours illégal en France en 1949 ; l'article 26 précise tout de même qu'elle peut être amenée à donner les soins d'urgence si nécessaire avant de faire appel à un médecin) et de donner des

⁵⁷ FERRAND C. Les compétences de la sage-femme. Cours aux ESF3 de Nantes, le 17/01/2012.

consultations de suivi gynécologique ou d'appliquer des traitements de nature médicale sans prescription par un médecin. L'article 66 reprend de façon concise et exhaustive la liste des instruments que la sage-femme est autorisée à employer dans l'exercice de sa fonction.

Le code de 2012 reprend dans quelques articles plusieurs notions déjà vues en 1949. L'article 325 redonne par exemple le devoir qu'a toute sage-femme d'assurer des soins conformes à la réglementation à ses patientes et de donner le relais à un médecin lorsque lesdits soins dépassent ses compétences. Il s'appuie sur des articles déjà présents en 1949 mais reformulés : ainsi, le modèle de l'ancien article 28, alinéas 1, 2 et 4 s'est vu apporter plusieurs modifications. Tout d'abord, nous sommes passés d'une « acceptation à donner des soins » à « répondre à une demande » de la patiente, qui souligne la part importante que les patientes prennent désormais dans le suivi de leur propre santé et non de l'imposition des soins par le professionnel. Ensuite, le passage de « lui assurer tous les soins en son pouvoir et désirables en la circonstance » à la formulation de 2012 recèle plusieurs changements que nous pouvons détailler : il s'agit à présent d'un engagement d'assurer « personnellement » les soins, c'est-à-dire sans les déléguer à une tierce personne si cela est possible pour la sage-femme. De plus, ces soins doivent être donnés avec « conscience et dévouement », nécessitant une certaine implication de la part de la sage-femme dans la relation avec sa patiente et les soins qu'elle lui apporte ; enfin, ils doivent être « conformes aux données scientifiques du moment » et non plus simplement correspondre à la circonstance. Il s'agit ici de protocoles précis, établis de façon scientifique par des recherches et études que nous avons déjà évoqués précédemment (avec la H.A.S. et les recommandations professionnelles) et pas d'un résultat empirique de ce que peuvent être les soins désirables en la circonstance. Cela concerne également l'importance de la traçabilité des prises en charge dans les dossiers médicaux (par exemple les partogrammes qui doivent répondre à certains critères établis par les recommandations) ou encore l'analyse des enregistrements cardio-tocographiques réalisés de manière objective d'après les données établies.

Il appartient donc à la sage-femme d'être au fait des dernières données scientifiques publiées dans les domaines qui l'intéresse pour son exercice ; nous rejoignons ici l'article 304 de 2012, ... *d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles...*, qui répond à l'exigence du développement professionnel continu auquel est soumise toute sage-femme d'après les articles L. 4153-1 et L. 4153-2 du code de la santé publique, qui précisent les objectifs du développement professionnel continu (qui regroupent l'évaluation

des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mais aussi la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé) ainsi que les modalités et critères de qualité de cette formation, établis par décret. L'article 304 précise également que la sage-femme se doit d'aider ses pairs et étudiantes dans leur formation, qu'il s'agisse de l'apprentissage de la profession ou de la formation continue, en vertu du principe de confraternité.

L'article 333 reprend quand à lui l'ancien article 22 concernant les modalités relatives aux certificats et attestations, apportant comme seul changement la transformation de « ministère de la sage-femme » en « exercice de la profession de sage-femme », le ministère désignant autrefois la fonction remplie par la sage-femme, qui apporte plus de clarté pour la compréhension du texte actuel.

D'autres particularités ont aussi été ajoutées en plus de ces nuances de formulations, comme dans l'article 313 qui insiste davantage sur l'interdiction qu'a toute sage-femme à dépasser ses compétences (hors cas de force majeure toutefois) : *... des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle...*

Enfin, les articles 324, premier paragraphe (*... participer, sous la direction d'un médecin, au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique...*) et 318 réévaluent les compétences de la sage-femme (détaillées dans l'article L.4151-1) et surtout les pratiques qui lui sont autorisées dans l'application de ces compétences. Dans l'article 318, on notera l'emploi de termes génériques tels que « notamment », qui nous font comprendre que la liste ici établie n'est pas exhaustive (contrairement à celle de l'article 66 de 1949) et qu'il ne s'agit que d'exemples tirés du champ de compétences de la sage-femme.

- La collaboration avec les autres professionnels

Lorsque les limites des compétences de la sage-femme sont atteintes, il est de son devoir de faire appel à un autre professionnel de santé ayant les compétences nécessaires à la prise en charge de la situation. Dès 1949, le code de déontologie des sages-femmes prévoit dans son article 23 (*... tout cas pathologique [...] commande l'appel du médecin...*) les conditions dans lesquelles l'appel d'un médecin auprès des patientes devient nécessaire, tout comme la façon dont les soins se poursuivront après son intervention, en restant

toujours dans le respect des règles régissant les rapports entre professionnels.

Il est à noter ici que dans l'intérêt de la patiente ou du nourrisson, cet article autorise la sage-femme à faire appel à un médecin même en cas de refus de la patiente ou de son entourage, ainsi qu'à donner les soins qu'elle juge nécessaire en cas d'absence du médecin, octroyant une « dérogation » à la limite des compétences de la sage-femme lorsque le pronostic vital de la patiente est engagé. Cette autorisation pour la sage-femme à donner les soins d'urgence, même en dehors du champ de ses compétences – ici en ce qui concerne les affections gynécologiques ou les avortements, quand bien même ceux-ci sont toujours illégaux –, se retrouve également dans l'article 26 (... *avoir donné les soins d'urgence...*).

Enfin, les articles 59 (... *elle ne doit jamais accepter de se substituer à lui...*) et 62 (... *la sage-femme reprend la direction des soins...*) définissent la poursuite des soins après l'intervention du médecin, dans le premier cas lorsque c'est le médecin qui a placé une sage-femme auprès d'une parturiente, dans le second cas lorsque que le concours du médecin s'est avéré nécessaire que ce soit pour une consultation ou une opération, ce toujours de façon à assurer les meilleurs soins possibles à la patiente.

Dans le code de 2012, plusieurs articles renvoient à la collaboration de la sage-femme avec les autres professionnels quand les circonstances l'exigent. L'article 361, premier paragraphe a vu l'apparition de certaines notions depuis 1949 : ... *doit proposer la consultation d'un médecin...* Notons qu'il ne s'agit ici que d'une proposition faite à la patiente et non de l'imposition de celle-ci, puisqu'il appartient à la patiente de refuser ou non cette consultation. Toutefois, il sera de la responsabilité de la sage-femme de lui faire comprendre les risques de ce refus et de ne pas poursuivre une prise en charge qui serait en dehors de ses compétences et donc relèverait de l'exercice illégal de la médecine.

L'article 362 reprend l'article 62 de 1949 : il modifie les raisons d'appel du médecin, qui était limitées aux consultations et opérations, en consultations ou interventions de manière plus générale afin de recouvrir le plus de situations possibles. La dernière phrase a également été ôtée, qui concernait la persistance du fait pathologique ayant motivé l'appel du médecin et des conséquences qu'elle entraîne ; elle a en effet pu être jugée superflue et redondante, puisque la limitation des compétences de la sage-femme l'oblige à demander le concours du médecin dans les situations pathologiques. Néanmoins, même dans les cas pathologiques où elle est amenée à pratiquer des soins prescrits par le médecin, la sage-femme conserve son indépendance professionnelle et sa responsabilité : cela se traduit dans ces situations par sa propre appréciation des soins qui lui semblent nécessaires au suivi

adapté de la pathologie concernée, bien qu'elle se doive d'en informer le médecin.

Quand à l'article 360, abrogé par le décret de 2012, il renvoyait à l'article 59 du code de 1949 que nous avons évoqué succinctement plus haut. Il n'est en effet plus du ressort du médecin de placer une sage-femme auprès d'une parturiente ; elle n'a pas à agir en lieu et place du médecin alors qu'elle possède ses propres compétences afin de prendre en charge une patiente. De même, si l'accouchement est eutocique et ne nécessite pas d'intervention médicale, elle n'a pas à laisser la main au médecin si l'on suit uniquement le cadre du code de déontologie et de la juridiction générale et non les organisations propres à chaque établissement, notamment les structures privées.

Dans le cadre de ce principe, nous pouvons également retrouver de nos jours l'article L. 4151-3 du code de la santé publique (modifié par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, article 104) qui précise le devoir de faire appel à un médecin dans le cadre des situations pathologiques de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches. Il ajoute néanmoins que la sage-femme peut pratiquer les soins dans ces situations sous couvert d'une prescription médicale. C'est par exemple le principe des services d'hospitalisation des grossesses pathologiques où les soins sont majoritairement exécutés par des sages-femmes suivant les prescriptions des médecins spécialisés dans les pathologies concernées, mais également celui des suivis de pathologies effectués par les sages-femmes libérales.

L'article L. 2122-1 du code de la santé publique (modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, article 86) comporte également une phrase relative aux conditions selon lesquelles une sage-femme est tenue de renvoyer une patiente vers un médecin afin d'assurer son suivi (une situation ou des antécédents pathologiques par exemple).

- Les conditions d'exercice de la profession

Lorsque la sage-femme prend la décision d'intervenir ou non auprès d'une patiente, c'est à elle de veiller à ce que toutes les conditions nécessaires aux soins soient présentes afin d'assurer au mieux la sécurité de sa patiente. Ainsi, les conditions d'exercice de la profession recouvrent plusieurs points.

Elles peuvent inclure, d'une part, les lieux dans lesquels les soins vont être réalisés ; dans le code de déontologie de 1949, cela se traduit par l'article 30 (... *les conditions d'hygiène nécessaires [...] peuvent être réunies...*), relatif aux conditions d'accouchement

des parturientes qui doivent répondre à certains critères même dans leur domicile, ainsi que par l'article 52 (... *recevoir les patientes que dans un seul cabinet...*) qui définit le lieu dans lequel les consultations doivent se tenir, connu par le Conseil Départemental de l'Ordre et répondant aux normes requises d'un cabinet.

Nous pouvons y ajouter, d'autre part, le soin que la sage-femme doit avoir de ne confier ses patientes, lorsque les circonstances l'exigent, qu'à des professionnels dont les compétences sont estimées suffisantes par la sage-femme pour la poursuite de la prise en charge. Ainsi, l'article 53 (... *que par une sage-femme inscrite à un tableau...*) fait référence au remplacement d'une sage-femme par une autre, qui doit avoir les mêmes compétences que toute sage-femme puisque diplômée et dûment inscrite au tableau de l'Ordre, donc à même d'exercer ; l'article 61 (... *de choisir le médecin qu'elle juge le plus qualifié...*) se rapporte quand à lui à l'appel du médecin en insistant sur leur qualification. On comprendra que la responsabilité de la sage-femme est susceptible de se trouver engagée si, confrontée à plusieurs alternatives, elle n'a pas opté dans son choix pour la plus avantageuse pour la patiente en terme de compétences du praticien appelé.

Dans le code de 2012, on retrouve encore une fois des articles reprenant ceux de 1949. Évoquons ici l'article 309 (... *d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants... des conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité...*) qui s'appuie sur l'ancien article 30 en adaptant les circonstances au mode d'exercice actuel de la profession. Il ne s'agit donc plus ici uniquement des accouchements à domicile des parturientes mais du lieu de son exercice professionnel en général, qui recouvre de nos jours plus volontiers le cabinet ou le service dans lequel exerce la sage-femme que l'habitat de ses patientes. Il n'est pas défini dans l'article ce qu'est une « installation convenable » ou des « moyens techniques suffisants » ; nous pouvons supposer qu'il s'agit des normes de sécurité des installations professionnelles actuellement en vigueur et que la sage-femme doit réunir tous les éléments nécessaires à son activité sur son lieu d'exercice. La dernière partie de l'article trouve également un écho en 1949 : à l'époque déjà, la sage-femme pouvait refuser d'apporter ses soins si elle estimait que le risque causé par l'insuffisance de moyens était plus important que celui causé par l'absence de soins. De nos jours, ce principe est exprimé par l'indicateur de sécurité et de qualité des soins, mais encore une fois sans que la loi entre davantage dans les détails de ce que ces termes impliquent. Nous pouvons pour cela nous appuyer, entre autres, sur l'article L. 1413-14 du code de la santé publique qui reprend ce principe par le biais des infections nosocomiales : il établit en effet que « *Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection*

nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé ». Nous pouvons alors rattacher les « conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité » à des conditions susceptibles d'entraîner des infections nosocomiales par exemple.

L'article 346 (... *le lieu habituel d'exercice [...] est celui de la résidence professionnelle... exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts...*) reprend l'ancien article 52 concernant l'existence d'un unique cabinet de consultation pour une sage-femme. Il ajoute néanmoins certaines dérogations, prévoyant par exemple que si lesdites consultations nécessitent davantage de moyens que ce que la sage-femme peut réunir dans son cabinet – qu'il s'agisse d'un environnement plus adapté, du besoin de l'utilisation d'équipements particuliers, de la mise en œuvre de techniques spécifiques ou de la coordination de différents intervenants –, la sage-femme est autorisée à exercer sur un ou des lieux distincts de celui qu'elle a déclaré comme étant sa résidence professionnelle. Il reste toutefois à la charge de la sage-femme et engageant sa responsabilité de « prendre toutes dispositions et en justifier » pour assurer « la qualité, la sécurité et la continuité des soins » : ces cas exceptionnels ne s'affranchissent pas des réglementations en vigueur concernant les droits des patients et du souci que tout professionnel se doit d'apporter à leur intérêt et des modalités de présentation des preuves par chaque partie en cas de litige.

L'article 328 a vu l'apparition de certaines notions depuis 1949 : ... *de s'assurer que ceux-ci seront soignés et de fournir à cet effet les renseignements utiles ... la continuité des soins doit être assurée...* Ainsi, dans les situations où la sage-femme ne peut ou ne souhaite poursuivre la prise en charge d'une patiente, il est de son devoir de veiller à ce que la patiente puisse continuer à être prise en charge de la façon la plus adéquate possible, en la redirigeant par exemple vers un confrère ou un autre professionnel de santé.

L'article 353 est lui aussi le témoin d'ajouts dans le code de déontologie, puisqu'il définit les limites des questions qui sont susceptibles d'être posées à une sage-femme exerçant en qualité d'expert ; or cet exercice n'existait pas en 1949 et a été créé depuis. Pour en donner un exemple, nous pouvons citer ici les sages-femmes expertes auprès des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales⁵⁸ conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars

⁵⁸ Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. La sage-femme expert auprès des tribunaux. [PDF] 2013-2014.

2002 que nous avons vu plus haut.

De même, on remarque dans l'article 347-1 certains changements dans l'exercice de la profession en libéral, et notamment sur les associations de sages-femmes au sein d'un même cabinet dont nous avons déjà parlé plus haut. En effet, si en 1949 la majorité des sages-femmes exerçaient en libéral, aujourd'hui le mode d'exercice en libéral ne représente plus que vingt pourcent des sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre, bien que ce chiffre soit en constante augmentation depuis les années 2000.

Car c'est désormais l'exercice salarié qui regroupe le plus de professionnel, comptant soixante-quinze pourcent des sages-femmes en activité du territoire. Cet exercice salarié comprend à la fois le service privé, concernant les maternités des cliniques privées par exemple, qui regroupe quarante pourcent des sages-femmes salariées et le service public hospitalier, soit soixante pourcent des sages-femmes salariées. Il existe également les sages-femmes territoriales, appartenant à la fonction publique territoriale, qui représentent trois à quatre pourcent des sages-femmes en exercice sur le sol français (qui exercent dans les centres de Protection Maternelle et Infantile par exemple)⁵⁹. Les sages-femmes travaillant dans le service public sont soit contractuelles, soit incluses dans la fonction publique hospitalière où elles ont un statut particulier depuis les décrets de septembre 1989 (la fonction publique hospitalière ayant été créée en 1986) et de janvier 2002. Signalons toutefois que les affiliations des sages-femmes salariées dans le publique sont actuellement en cours de négociation avec le gouvernement depuis 2013.

Les sages-femmes salariées jouent un rôle majeur dans ces structures avec une grande polyvalence de services ; elles sont en effet habilitées à exercer le cas échéant non seulement dans les services de consultations de suivi grossesse et de visite post-partum, préparation à la naissance et à la parentalité, hospitalisations de grossesses pathologiques, suivi intensif de grossesse, bloc obstétrical et suites de couches, mais également dans les services d'échographie, d'orthogénie, de gynécologie ou de procréation médicalement assistée ou encore les centres d'interruption de grossesse, le tout en association avec d'autres professionnels de santé. On constate ainsi mieux l'expansion qu'a connu le métier de sage-femme depuis 1949.

Nous avons ainsi dressé l'éventail des moyens dont toute sage-femme dispose afin d'assurer au mieux ses devoirs lors de l'exercice de sa profession. Néanmoins, les obligations sous-entendues par ces devoirs ne peuvent être réellement tenues que si la

⁵⁹ FERRAND C. Sage-femme dans la fonction publique hospitalière. Cours aux ESF de Nantes, 26/09/2013.

sage-femme est dans la possibilité de les respecter ; le dernier principe fondamental des déontologies prend alors tout son sens, en assurant l'autonomie de la sage-femme en activité.

D. Autonomie

Bien qu'il soit le dernier que nous abordons ici, l'autonomie n'est pas le moindre des principes des sages-femmes, au contraire ; c'est en effet lui qui permet au professionnel d'appliquer tous les autres. A l'origine présente dans le code de déontologie des médecins, l'autonomie a été reprise dès la création du code de déontologie des sages-femmes en s'attachant tout particulièrement à trois grandes applications : la liberté d'installation, la liberté de prescription et la libre fixation des honoraires par la sage-femme. Il s'agit, une fois encore, de l'une des règles d'ordre public énoncées par J. Moret-Bailly (inscrites dans d'autres textes de lois). De cette autonomie, que nous retrouvons aussi sous le terme d'indépendance professionnelle, découle toutefois la responsabilité directe de la sage-femme des actes qu'elle a effectué ou prescrit.

- L'autonomie vis-à-vis des autres professionnels

Il appartient à la sage-femme de veiller, conformément au code de déontologie, à ne pas aliéner son indépendance sous quelque forme que ce soit, y compris dans ses relations avec les autres sages-femmes ou professionnels de santé que nous avons détaillé précédemment. Dans le code de 1949, nous pouvons retrouver ce principe dans les articles 10 (... *dans laquelle la sage-femme n'aurait pas sa complète indépendance professionnelle...*), 52 (... *confier la gérance d'un quelconque de ses cabinets...*), 54 (... *de se faire assister dans l'exercice...*) et 63 (... *qui respecte l'indépendance professionnelle de chacune...*).

L'objectif de cette indépendance est de laisser la sage-femme libre de choisir au mieux, grâce à ses compétences, les soins qu'elle juge appropriés ainsi que les prescriptions nécessaires à l'état de santé de la patiente. C'est en effet elle qui engage sa responsabilité

lors de tout acte ou prescription effectués en son nom ; il paraît alors légitime que ceux-ci soient laissés à sa seule appréciation, puisqu'il s'agit également de ce qui permet d'assurer la qualité de la prise en charge et l'établissement de la relation de confiance avec les patientes.

Concernant l'exercice de la profession en milieu hospitalier, cité dans l'article 54 (... *en dehors des services hospitaliers...*), nous pouvons noter que l'indépendance de la profession y est toujours respectée, bien que l'organisation du service public se base sur un mode hiérarchique. En effet, l'autorité hiérarchique qui est susceptible de s'exercer sur la sage-femme est limitée par les règles de déontologie de celle-ci et tout particulièrement par les règles relatives à l'indépendance et à la responsabilité du professionnel. La déontologie s'applique donc même si la sage-femme travaille en milieu hospitalier.

Regardons à présent le code de déontologie de 2012. L'article 312 (... *est libre dans ses prescriptions...*) rappelle que les limites des prescriptions de la sage-femme reposent sur l'article L. 4151-4 du code de la santé publique que nous avons déjà vu plus haut, mais en insistant néanmoins sur l'indépendance des décisions de la sage-femme lorsqu'elle établit lesdites prescriptions.

L'article 343 (... *d'employer pour son compte dans l'exercice de sa profession...*) a également permis l'ajout d'autres notions. Car si l'emploi d'une autre sage-femme ou d'une étudiante sage-femme à son compte est interdit, la loi prévoit certaines situations permettant à la sage-femme d'être assistée par une autre sage-femme (l'article donne pour exemple un afflux considérable de population), après accord du Conseil Départemental de l'Ordre. Une sage-femme ne peut ainsi aliéner son indépendance au profit d'une autre sage-femme en travaillant pour elle ; en revanche, l'assistance est acceptable lorsqu'elle remplit plusieurs conditions, comme étant mis en place pour la santé des patientes et non pour l'intérêt d'une consœur.

Quand à l'article 348 (... *d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance de chacune...*), il se penche davantage sur l'autonomie de la sage-femme en tant que salariée ; avoir un supérieur hiérarchique n'enlève en effet rien à leur indépendance professionnelle et à leur responsabilité dans l'exercice de leur profession. Il est intéressant de remarquer la profession de sage-femme est la seule à pouvoir être exercée en tant que fonctionnaire parmi les professions possédant une déontologie ; leur indépendance dans la relation qu'ils entretiennent avec leur employeur est soulignée dans plusieurs textes en plus des codes de

déontologie⁶⁰.

D'autres articles reprennent davantage le premier code de déontologie dans leur énoncé. Par exemple, l'article 307 s'appuie dans son premier paragraphe sur l'ancien article 10. Si ce dernier reprenait uniquement des exemples précis (la collaboration à une entreprise commerciale de soin...), dans la dernière version du code l'article 307 pose des bases bien plus générales : *... ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit...* Il remet toutefois à jour l'exemple donné en 1949, en établissant que la rémunération d'une sage-femme ne peut en aucun cas être fondée sur des critères risquant d'entraîner une limitation ou une perte totale de son indépendance professionnelle, qui pourraient être suivies d'une atteinte à la qualité de ses soins.

L'article 344, paragraphe un (*... de faire gérer son cabinet...*) s'inspire aussi du code de 1949 par le biais de l'ancien article 52, troisième paragraphe: la principale modification dans l'article d'aujourd'hui est qu'il ne parle que d'un cabinet, puisqu'il est établi dans l'article 346 qu'une sage-femme ne peut posséder qu'une résidence professionnelle déclarée, ce qui n'était pas le cas en 1949.

Il en va de même, enfin, pour l'article 345 (*... d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance de chacune...*) qui reprend l'ancien article 63 relatif aux contrats établis ayant pour objet l'exercice de la profession de sage-femme (par exemple, les associations ou sociétés entre sages-femmes que nous avons vu plus haut). De la même façon qu'en 1949, l'article 345 de 2012 édicte que ces contrats doivent être conclus par écrit et qu'ils se doivent de respecter l'indépendance professionnelle de chacune des sages-femmes concernées (en s'appuyant notamment sur les contrats-types que nous avons déjà évoqué). Les contrats professionnels sont ensuite obligatoirement communiqués au Conseil Départemental qui vérifie que leurs dispositions sont conformes au code de déontologie.

- La libre fixation des honoraires

En effet, dans l'exercice des professions libérales et notamment en ce qui concerne l'activité des sages-femmes, la libre fixation des honoraires constitue une véritable pierre angulaire. Le code de déontologie des sages-femmes de 1949 le mentionne déjà dans ses articles 5, alinéas 2 (*... entente [...] en matière d'honoraires...*) et 3 (*... paiement direct des honoraires...*), 36 (*... établir elle-même sa note d'honoraire, elle doit le faire avec tact et*

⁶⁰ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 416.

mesure...) et 37 (... *ne saurait diminuer les honoraires...*) où ce principe est énoncé comme étant parmi ceux « qui sont traditionnellement ceux de la médecine française » et qui s'imposent à toute sage-femme, avant de préciser les conditions de mise en application de ce principe.

S'il est nécessaire de fixer un certain cadre législatif autour de la libre fixation des honoraires par le praticien, c'est principalement parce qu'elle concilie deux intérêts contradictoires : d'une part le désintéressement dont le professionnel doit pouvoir faire preuve et d'autre part la nécessité qu'il a d'assurer sa source de revenus avec son métier. C'est un grand pouvoir qui est accordé au professionnel sur son patient, car c'est lui qui, au bout du compte, établira les honoraires qu'il percevra⁶¹. L'application de ce principe se cheville donc étroitement aux principes de probité et de respect de la personne humaine, que nous avons détaillé plus haut et que l'on retrouve par ailleurs dans l'article 36 concernant les éléments que la sage-femme doit apprécier avant d'établir sa note d'honoraires.

En 2012, un seul article mentionne la libre fixation des honoraires par le professionnel stricto sensu. On le retrouve uniquement dans l'article 341, paragraphes un, quatre et cinq. Les deux premiers paragraphes cités reprennent l'ancien article 36 de 1949 : certains points concernant l'établissement de la note d'honoraires (la « situation de fortune de la patiente » et la « notoriété de la sage-femme ») ont disparu afin de laisser place à d'autres (la réglementation en vigueur et la nature des soins donnés), soumettant cette liberté de la sage-femme à des caractéristiques moins subjectives que par le passé, limitant de cette manière les inégalités entre les différentes sages-femmes et entre les patientes. Dans le code de 2012, il est également précisé qu'« aucun mode de règlement ne peut être imposé à la patiente », avec la multiplication de ces modes depuis 1949 (espèces, chèques ou cartes bleues). Le cinquième paragraphe de l'article 341 ajoute une clause inédite quand aux honoraires des sages-femmes : il indique qu'en cas de collaboration d'une sage-femme avec d'autres sages-femmes ou avec des médecins à un examen ou à un traitement, leurs notes d'honoraires doivent être personnelles et distinctes. Ce paragraphe pourrait éventuellement être mis en lien avec l'ancien article 37 de 1949 dans le sens où il s'agit dans ces deux articles d'une collaboration entre professionnels. Les praticiens sont dans l'obligation de pouvoir exposer avec clarté à leur patiente les différents honoraires qu'elle doit à chaque

⁶¹ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 472-475.

professionnel pour chacun des actes concernés.

Il existe une raison si ce principe est moins bien représenté aujourd'hui qu'autrefois dans le code de déontologie des sages-femmes ; en effet, cette liberté du professionnel a été en grande partie remplacée par les honoraires et tarifications du système de protection sociale avec la sécurité sociale pour les sages-femmes conventionnées, marquant ainsi la fin du principe de l'entente directe entre le professionnel et ses patientes⁶². Soulignons néanmoins ici que la tarification des actes qu'une sage-femme pouvait effectuer a récemment été réévaluée et mise en application depuis le 1er septembre 2013 afin de correspondre aux tarifications auxquelles les médecins avaient droit pour le même acte et pour lequel les sages-femmes ont la même compétence.

La sage-femme conventionnée ne peut exercer de dépassement d'honoraires, sauf dans un cas précis : une exigence exceptionnelle de la part de la patiente, par exemple sur l'horaire ou le lieu de réalisation de l'acte (arrêté du 10 décembre 2007). Dans ce cas, la sage-femme doit fixer le dépassement d'honoraire avec tact et mesure, de la même façon qu'elle le faisait dans le cadre de la libre fixation de ses honoraires. La sage-femme peut également prescrire ou réaliser des actes non remboursés par l'assurance maladie à condition d'en informer la patiente.

- L'autonomie vis-à-vis de la patiente

Mais le principe d'autonomie permet aussi à la sage-femme de conserver son indépendance vis-à-vis de sa patiente. Il influe en effet sur la relation dans l'acceptation ou non de cette relation par le praticien et donc sur son existence même, bien que cette liberté soit limitée par certaines conditions nécessaires à son acquisition⁶³. Ces conditions sont exposées dans le code de déontologie des sages-femmes de 1949 dans les articles 31 (... *toujours le droit de refuser ses soins...*) et 60 (... *à le droit de se retirer... ne doit à personne l'explication de son refus...*). Sont énoncées dans ces articles les circonstances d'urgence, de devoir d'humanité et de soins indispensables qui viennent empêcher l'application de ce principe par la sage-femme. Tant que la sage-femme respecte toujours l'intérêt de la

⁶² MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 476.

⁶³ MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 445-446.

patiente en priorité, en veillant notamment à ce que tout danger soit écarté avant de faire valoir son droit, elle reste donc libre de rompre la relation qu'elle entretient avec elle.

Dans le code de 2012, l'article 328 a notamment vu l'apparition de certaines notions depuis 1949 : ... *de s'assurer que ceux-ci seront soignés et de fournir à cet effet les renseignements utiles ... la continuité des soins doit être assurée...* Ainsi, dans les situations où la sage-femme ne peut ou ne souhaite poursuivre la prise en charge d'une patiente, il est de son devoir de veiller à ce que la patiente puisse continuer à être prise en charge de la façon la plus adéquate possible, en la redirigeant par exemple vers un confrère ou un autre professionnel de santé.

De son côté, l'article 361, paragraphes quatre (... *elle peut se retirer...*) et cinq (... *ne doit à personne l'explication de son refus...*) apporte quelques nuances par rapport à l'article 60 du code de 1949. La sage-femme n'est plus tenue d'« assurer les soins indispensables avant de se retirer », mais peut désormais « se retirer dès qu'elle estime que la continuité des soins est assurée ». Il n'appartient donc plus uniquement à la sage-femme de prendre en charge une patiente, puisqu'elle peut l'adresser à l'une de ses consœurs si nécessaire – et bien sûr si cette consœur accepte également de s'occuper de cette patiente – en veillant à tenir compte de tous les principes que nous avons déjà pu énoncer précédemment : de n'envoyer ses patientes que vers des professionnels compétents dans leur domaine, de transmettre à ceux-ci toutes les informations qui leur seraient utiles pour leur prise en charge...

Enfin, l'article 324 (... *aucune sage-femme n'est tenue de concourir à une interruption volontaire de grossesse...*) s'appuie sur un grand changement dans la législation, puisqu'il s'agit d'un rappel de la possibilité pour une sage-femme de ne pas participer à une interruption volontaire de grossesse si elle ne le souhaite pas. Rappelons que l'interruption volontaire de grossesse a été légalisée en France le 17 janvier 1975 par la loi Veil, qui en définit également les premières conditions de mise en application (nombre de consultations, délai de réflexion, limite d'âge gestationnel...) qui ont été reprise plus récemment par la loi du 4 juillet 2001.

L'autonomie de la sage-femme est, de nos jours, fortement liée aux responsabilités que la profession a obtenu au cours des années en contrepartie des prérogatives attribuées aux sages-femmes, responsabilités qui sont par ailleurs nécessaires à la qualité de leur exercice. Nous en avons cité des exemples tout au long de cette analyse, dans toutes les situations qui ne sont pas clairement définies par le législateur mais où il appartient à la sage-femme

de décider de sa conduite à tenir en assumant la pleine responsabilité de ses actes. Elle n'est fort heureusement pas tenue de rester seule dans ces circonstances, mais peut faire appel à l'aide de tout professionnel de santé. C'est l'idée que l'on retrouve dans l'article 326 du code de 2012 : *La sage-femme doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes les plus appropriées et, s'il y a lieu, en s'entourant des concours les plus éclairés.*

Nous pouvons constater ici que cette notion de responsabilité s'applique bien à chacune des décisions professionnelles que la sage-femme est amenée à prendre. Il s'agit d'un leitmotiv supplémentaire pour inciter les sages-femmes à faire tout ce qui est en leur pouvoir pour le bien de leurs patientes : outre les simples humanité et compassion, la sage-femme est légalement tenue de faire de son mieux à chaque diagnostic qu'elle pose et décision qu'elle prend.

Dans tout ce que nous avons vu, le principe d'autonomie se démarque des autres principes déontologiques précédemment évoqués ; ces derniers ne concernaient essentiellement que les devoirs qui s'imposaient aux sages-femmes (bien que des nuances aient pu être apportées) sous différentes formes, avec pour principal objectif le respect de l'être humain et de la qualité des soins à apporter à ses patientes. L'autonomie de la sage-femme relève, de son côté, beaucoup plus des droits qui lui sont accordés. Néanmoins, ces droits et libertés sont strictement soumis aux devoirs relatifs aux autres principes, que la sage-femme se doit de respecter avant de faire valoir ses propres droits, permettant ainsi de contrebalancer sa place de partie forte dans la relation qu'elle entretient avec ses patientes.

Conclusion

Dans ce mémoire, nous avons ainsi non seulement détaillé les grands principes de la déontologie appliqués au code de déontologie des sages-femmes – le respect de la personne humaine, l'image de la profession, la probité, l'obligation de moyens et l'autonomie – mais également vu de quelle manière les évolutions du code s'articulent autour des grands changements à la fois de notre profession et du système de santé qui ont eu lieu durant ces dernières décennies. Chaque principe n'est en effet pas resté inchangé pendant le temps écoulé : si les grandes lignes sont en général restées les mêmes, certaines notions ont acquis davantage de poids dans notre société actuelle. Par exemple le respect de la personne humaine, qui a vu apparaître énormément de droits pour les patients et de devoirs du praticien envers eux (tels que le respect de la volonté des patients via l'information et le consentement, l'acquisition des droits sociaux...) ou encore le maintien de la bonne image de la profession avec l'avènement des prises en charges multidisciplinaires des patients et où les professionnels ne restent plus isolés les uns des autres. Comptons aussi sur les mises à jour du système de santé avec le remboursement des soins qui s'est universalisé au fil du temps et les nouvelles modalités en terme de fixation des honoraires par les praticiens ; et, bien sûr, observons comment l'obligation de mise en œuvre de tous les moyens possibles a connu une expansion sans précédent depuis les années 2000, à partir desquelles le métier de sage-femme a gagné une ouverture de ses compétences, droits de prescriptions, autonomie et responsabilité.

Nous avons également vu l'importance croissante que prend la déontologie à l'heure actuelle ; elle se place en effet au cœur des droits des patients à une époque où ceux-ci s'imposent de plus en plus aux professionnels. L'exemple le plus frappant en est la multiplication des recours en justice intentés par les patients à l'encontre des praticiens lorsqu'ils estiment avoir été lésé de leurs droits ; ces recours peuvent désormais concerner les infractions aux codes de déontologie, qui ne sont plus uniquement soumis aux peines dispensées par les Ordres professionnels, mais passent dans la faute civile juridique. Effectivement, si la faute déontologique entraîne un préjudice, celui-ci génère une responsabilité civile de la même façon que si la faute était originellement civile et non déontologique. En ce qui concerne le droit pénal, néanmoins, les codes ont essentiellement

une influence sur la qualification de la faute pénale et non sur l'existence de la faute en elle-même. Certains faits réprimés par l'Ordre peuvent en effet faire l'objet de poursuites pénales, comme par exemple la mise en danger d'autrui ou la violation du secret professionnel (qui, nous l'avons vu, ne relève pas uniquement des codes de déontologie), mais le droit pénal repose justement sur une incrimination qui se trouve être précisément énoncée par la loi...

Les déontologies trouvent également leur place dans le droit lorsque l'appréciation des questions liées aux techniques professionnelles devient difficile pour les magistrats ; ces derniers peuvent alors faire appel au jugement d'experts spécialisés, qui s'appuient parfois sur le code de déontologie qui les concerne le cas échéant afin de soutenir leur argumentation. La déontologie permet alors de consolider, de guider ou d'étayer les règles de droit commun quand celles-ci n'apportent pas la réponse nécessaire à la situation.

Bibliographie

Support papier :

Livres :

BENTHAM J. Déontologie, ou Science de la morale, Tome I : Théorie. 1834. Paris : Charpentier. John Bowring, Éditeur scientifique. 169 p.

COUVREUR I., DELCROIX M.,FRANCOIS M. La sage-femme a travers les 100 ans d'histoire d'une école (Lille), 1883-1983. Impression 1983, presse Copédith. 73 p.

MORET-BAILLY J, THOUVENIN D. Les Déontologies. Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. 539 p.

Centre de droit de la santé Aix-en-Provence, Bouches-du-Rhône Colloque 5, LECA A. La Déontologie Médicale. Aix-en-Provence : Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2007. 404 p.

Haut conseil des professions du droit France, Ordre des avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Les Règles Déontologiques Au Service Des Usagers Du Droit. Paris : Dalloz, 2013. 155 p.

BERGEL J-L, Centre de recherches en éthique économique et des affaires et déontologie professionnelle d'Aix-en-Provence. Droit Et Déontologies Professionnelles. Aix-en-Provence : Librairie de l'Université, 1997. 374 p.

DANOVI R. Essais sur la déontologie. Bruxelles Bruylant 2002. 258 p.

TERRIER E. Déontologie médicale et droit. Thèse. Bordeaux Les Etudes hospitalières impr. 2003. 527 p.

Cours :

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Code de déontologie des sages-femmes. [PDF] 2011-1012. Université Médicale Virtuelle Francophone. 18 p.

DEWEZ F. Déontologie et connaissance de la profession. [PDF] Institut Jean-Pierre Lallemand. 2008-2009. Publié le 3/11/2010. 60 p.

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. La sage-femme expert auprès des tribunaux. [PDF] 2013-2014. 9 p.

JOUBERT M. Introduction à la fœtopathie. Cours aux ESF5 de Nantes, le 26/09/2013.

FERRAND C. Sage-femme dans la fonction publique hospitalière. Cours aux ESF5 de Nantes, le 26/09/2013.

FERRAND C. Les compétences de la sage-femme. Cours aux ESF3 de Nantes, le 17/01/2012.

ARROUET A. Organisation de la sécurité sociale. Cours aux ESF3 de Nantes, le 5/01/2012.

ARROUET A. Une couverture santé pour tous. Cours aux ESF3 de Nantes, le 5/01/2012.

PLATEL L. Petit guide de l'installation en libéral. Cours aux ESF5 de Nantes, le 23/10/2013.

Support électronique :

RICOEUR P. Ethique et morale. 1990. [PDF] <http://pierre.coninx.free.fr/lectures/ethiquemorale.htm>. Consulté le 3/01/2014

Revue :

VERDIER P. Morale, éthique, déontologie et droit. [PDF] Dossier, les Cahiers de l'Actif, p.276-277. Publié le 05/12/2003

Sites :

Site de l'Ordre des sages-femmes, <http://www.ordre-sages-femmes.fr>, exercice de la profession. consulté le 24/09/2013

http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/legypte_ancienne/index.htm

http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/le_moyenage_/index.htm

http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/des_le_17eme_siecle/index.htm

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/home/mediaaccueil/index.htm>

http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/deontologie_et_responsabilite/le_code_de_deontologie_/index.htm, le 25/09/2013

http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/home/notre_mission/gpordstruinsnatconse/index.htm

http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/home/notre_mission/gpordstruinstcir/index.htm

Site de l'Ordre des médecins, <http://www.conseil-national.medecin.fr>, introduction aux commentaires du code.

Consulté le 12/11/2013

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/introduction-aux-commentaires-du-code-225>

Charte des droits du patient européen, le 15 novembre 2002 <http://www.leciss.org/sites/default/files/42-Charte%20europeenne-fiche-CISS.pdf>, consulté le 05/01/2014

Charte de la personne hospitalisée, le 2 mars 2006
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf, consulté le 05/01/2014

Annexes

Code de déontologie des sages-femmes de 1949

5 Octobre 1949

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE

9955

Art. 2. — Un arrêté du ministère de la santé publique et de la population fixera la composition du jury, la date et les conditions de l'examen.

Art. 3. — Le ministre de la santé publique et de la population, le ministre des finances et des affaires économiques et le secrétaire d'Etat à la présidence du conseil (fonction publique et réforme administrative) sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 27 septembre 1949.

HENRI QUEUILLE.

Par le président du conseil des ministres :
Le ministre de la santé publique
et de la population,

PIERRE SCHNEITER.

Le ministre des finances
et des affaires économiques,
MAURICE-ETIENNE.

Le secrétaire d'Etat à la présidence du
conseil (fonction publique et réforme
administrative),

JEAN BIONDI.

Le secrétaire d'Etat aux finances,
EDGAR FAURE.

Décret n° 45-1351 du 30 septembre 1949 portant code de déontologie des sages-femmes.

Le président du conseil des ministres,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre de la santé publique et de la population et du ministre du travail et de la sécurité sociale,

Vu l'ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945 et notamment son article 66 aux termes duquel un code de déontologie propre à chacune des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, sera préparé par le conseil national de l'ordre intéressé et soumis au conseil d'Etat pour être édicté sous la forme de règlement d'administration publique;

Vu les propositions du conseil national de l'ordre des sages-femmes;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1^{er}. — Les dispositions du présent code s'imposent à toute sage-femme inscrite au tableau de l'ordre.

Les infractions aux dispositions du présent code relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre.

TITRE I^{er}

DEVOIRS GÉNÉRAUX DES SAGES-FEMMES

Art. 2. — Toute sage-femme doit s'abstenir même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout agissement de nature à déconsidérer celle-ci.

Art. 3. — Quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hors le seul cas de force majeure, toute sage-femme doit porter secours d'extrême urgence à une gestante, parturiente, accouchée et au nourrisson en danger immédiat si d'autres soins médicaux ne peuvent pas leur être assurés.

Art. 4. — Le secret professionnel s'impose à toute sage-femme, sauf dérogations établies par la loi.

Art. 5. — Les principes ci-après énoncés, qui sont traditionnellement ceux de la médecine française, s'imposent à toute sage-femme sauf dans le cas où leur observation est incompatible avec une prescrip-

tion législative ou réglementaire, ou serait de nature à compromettre le fonctionnement rationnel et le développement normal des services ou institutions de médecine sociale.

Ces principes sont :

1° Libre choix de la sage-femme par la cliente;
2° Entente directe entre la sage-femme et sa cliente en matière d'honoraires;
3° Paiement direct des honoraires par la cliente à la sage-femme.

Art. 6. — Une sage-femme doit soigner ses patientes avec la même conscience quels que soient leur situation sociale, les sentiments personnels qu'elle ressent pour elle et leur moralité.

Art. 7. — Une sage-femme ne peut pas abandonner ses patientes et les nourrissons en cas de danger public sauf sur ordre formel, et donné par écrit, des autorités qualifiées.

Art. 8. — Il est interdit à une sage-femme d'établir un rapport tendancieux ou de délivrer un certificat de complaisance.

Art. 9. — Sont interdites à une sage-femme toutes les supercheries propres à déconsidérer sa profession et notamment toutes les pratiques de charlatanisme.

Art. 10. — L'exercice de la profession de sage-femme est un ministère; celle-ci ne doit, en aucun cas, ni d'aucune façon être pratiquée comme un commerce.

Sont spécialement interdits à une sage-femme :

1° Tous les procédés de réclame ou de publicité personnelle de caractère commercial, notamment les appels par la presse ou par la radiodiffusion, sauf dans des cas exceptionnels et avec l'autorisation du conseil départemental ou en cas d'urgence de son représentant qualifié;

2° Les manifestations spectaculaires n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif;

3° Toute collaboration à une entreprise commerciale de soins dans laquelle la sage-femme n'aurait pas sa complète indépendance professionnelle.

Art. 11. — Les seules indications qu'une sage-femme est autorisée à faire mentionner sur les feuilles d'ordonnance ou dans un annuaire sont :

1° Celles qui facilitent ses relations avec ses clientes, nom, prénoms, adresse, numéro de téléphone, jours et heures de consultation, compte chèques postaux;

2° Les titres et fonctions reconnus valables par le conseil national de l'ordre;

3° Les distinctions honorifiques reconnues par la République française.

Art. 12. — Les seules indications qu'une sage-femme est autorisée à mettre sur la plaque apposée à la porte de son cabinet sont : les nom, prénoms, jours et heures de consultation et les titres admis par le conseil national de l'ordre des sages-femmes. Cette plaque ne devra pas avoir de dimensions supérieures à 25 cm/30 cm.

Art. 13. — Sont interdits l'inscription et l'usage de titres non autorisés ainsi que tous les procédés de nature à tromper le public sur la valeur de ces titres notamment par l'abréviation dans leur libellé.

Art. 14. — Sont interdits :

1° Tout versement ou acceptation clandestins d'argent entre praticiens.

2° Toute commission versée à quelque personne que ce soit;

3° L'acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque et notamment pour examens, prescriptions de médicaments, d'appareils, envoi dans une clinique.

4° Toute ristourne en argent ou en nature faite à une patiente.

5° Tout acte de nature à procurer pour la patiente un bénéfice illicite;

6° Toute facilité accordée à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine ou de la profession de sage-femme.

Art. 15. — Il est interdit à une sage-femme, de donner des consultations gratuites ou moyennant salaire ou honoraires, dans les locaux commerciaux où sont mis en vente des médicaments ou appareils que cette sage-femme prescrit ou utilise, ainsi que dans les dépendances desdits locaux.

Art. 16. — Tout compéragé entre sages-femmes d'une part, médecins, pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes, même étrangères à la médecine, est interdit.

Par définition, le compéragé est l'intelligence secrète entre deux personnes, en vue d'en léser une autre.

Art. 17. — La sage-femme doit éviter dans ses écrits, déclarations ou conférences, toute atteinte à l'honneur de la profession, toute publicité ou réclame personnel ou intéressant un tiers ou une firme quelconque et d'une manière générale tout ce qui est incompatible avec la dignité individuelle et professionnelle d'une sage-femme.

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

Toute sage-femme se servant d'un pseudonyme pour des activités se rattachant à sa profession est tenue d'en faire la déclaration au conseil départemental de l'ordre.

Art. 18. — Tromper la bonne foi de la clientèle en lui présentant ou en lui conseillant comme salubre ou sans danger un procédé insuffisamment éprouvé est une faute grave.

Art. 19. — Il est interdit à une sage-femme inscrite au tableau de l'ordre d'exercer, en même temps que la profession de sage-femme, toute autre activité incompatible avec la dignité professionnelle. Il lui est notamment interdit d'exercer tout autre métier ou toute autre profession susceptible de lui permettre d'accroître ses bénéfices par ses prescriptions ou ses conseils d'ordre professionnel.

Art. 20. — Il est interdit à toute sage-femme qui remplit un mandat politique ou une fonction administrative d'en user à des fins professionnelles pour accroître sa clientèle.

Art. 21. — La sage-femme ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille.

Art. 22. — Le ministère de la sage-femme comporte l'établissement, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats, attestations ou documents, dont la production est prescrite par la loi ou les règlements.

Art. 23. — Tout cas pathologique susceptible de mettre en danger la vie de la parturiente ou de l'enfant commande l'appel du médecin, même si la malade ou son entourage s'y refuse.

Seul le cas de force majeure, notamment l'absence du médecin et le danger pressant, autorise la sage-femme à donner des soins de la compétence normale du médecin.

Art. 24. — La sage-femme doit se conformer pour ses prescriptions à la réglementation en vigueur.

Art. 25. — Il est interdit à la sage-femme :

1° De pratiquer toute intervention instrumentale, à l'exception de la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée;

2° D'administrer une anesthésie hors de la présence d'un médecin;

3° De traiter et de surveiller l'avortement, sous réserve des dispositions de l'article 26;

4° De donner des consultations de gynécologie ou d'appliquer sous sa seule responsabilité tout traitement de nature médicale.

Art. 26. — La sage-femme qui est appelée auprès d'une femme enceinte ou accouchée à l'occasion d'un avortement ou d'une infection gynécologique doit, après avoir donné les soins d'urgence, faire appel à un médecin. Elle peut collaborer au traitement de la patiente ou à celui des nourrissons et nouveau-nés sous la direction et la responsabilité du médecin.

Art. 27. — Appelée d'urgence près d'une mineure ou autre incapable et lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement de son représentant légal, la sage-femme doit user immédiatement de toutes ses connaissances et de tous les moyens dont elle dispose pour parer au danger menaçant; elle ne peut cesser les soins qu'après que tout danger est écarté ou tout secours inutile, ou après avoir confié la patiente à d'autres soins.

TITRE II

DEVOIRS DES SAGES-FEMMES ENVERS LES PATIENTES

Art. 28. — Du fait de la mission qu'elle a acceptée de remplir, la sage-femme, dès l'instant qu'elle a accepté de donner ses soins à une femme, doit :

1° Lui assurer tous les soins en son pouvoir et désirables en la circonstance;

2° Faire appel aussitôt à un médecin si les circonstances dépassent les limites légales de sa capacité professionnelle;

3° Eviter au contraire cet appel s'il n'est pas strictement indiqué afin de ne pas engager la patiente dans des dépenses inutiles, à moins que celle-ci ou son entourage ne le réclame expressément;

4° Avoir un égal souci de la vie de l'enfant et de celle de la mère;

5° Suivre régulièrement l'évolution de la grossesse jusqu'à son terme par les examens obstétricaux, sans que toutefois le nombre de ces examens soit tel qu'il puisse être considéré comme un abus;

6° Faire ponctuellement les visites de suites de couches qui lui sont prescrites par les règlements en vigueur en s'assurant que la mère et l'enfant sont en bonne condition physiologique, sous réserve de signaler au médecin toute anomalie;

7° Agir toujours avec correction et aménité envers ses patientes et se montrer humaine et compatissante envers elles.

Art. 29. — Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé à la patiente; un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais il doit l'être généralement à la famille. La malade peut interdire cette révélation ou désigner les tiers auxquels elle doit être faite.

Art. 30. — Avant d'accepter de faire un accouchement, la sage-femme doit s'assurer que les conditions d'hygiène nécessaires à sa bonne marche peuvent être réunies au domicile de la parturiente. Elle veillera elle-même à leur réalisation et pourra refuser ses soins si elle juge que l'insuffisance des préparatifs fait courir un danger à la femme, à moins que l'urgence du cas ne lui fasse un devoir de rester auprès d'elle.

Art. 31. — Hors le cas d'urgence et celui où elle manquerait à ses devoirs d'humanité, la sage-femme a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Art. 32. — Sauf en cas de force majeure, la sage-femme ne doit pas quitter une parturiente ou une accouchée sans s'être assurée que toutes les causes prévisibles d'accident sont écartées.

Art. 33. — Quelle que soit sa religion, la sage-femme qui juge que la vie de l'enfant ou de la mère est en danger imminent au cours de l'accouchement ou des suites, doit prévenir la famille afin de permettre à celle-ci de prendre éventuellement les dispositions d'ordre religieux qu'elle jugera opportunes.

Art. 34. — La sage-femme doit dans sa pratique privée aussi bien que dans sa pratique hospitalière prendre toutes précautions utiles pour éviter les indiscretions.

Art. 35. — Il est interdit à toute sage-femme d'abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence au-dessous des barèmes publiés par les organismes qualifiés. Elle reste libre de donner ses soins gratuitement quand sa conscience le lui commande.

Art. 36. — La sage-femme doit toujours établir elle-même sa note d'honoraires, elle doit le faire avec tact et mesure. Les éléments d'appréciation sont :

La situation de fortune de sa cliente, la notoriété de la sage-femme, les circonstances particulières.

La sage-femme n'est jamais en droit de refuser à sa cliente des explications sur sa note d'honoraires.

Art. 37. — Le fait de n'avoir pu terminer elle-même l'accouchement ne saurait diminuer les honoraires auxquels la sage-femme a droit, à condition qu'elle ait assisté le médecin appelé à la suppléer et assuré les soins des suites de couches.

Art. 38. — Il est de règle qu'une sage-femme donne ses soins gratuitement à ses parents proches, à une autre sage-femme et aux personnes à sa charge, aux étudiants en médecine et aux femmes d'étudiants, aux élèves sages-femmes, au personnel de son service, à ses collaboratrices et auxiliaires directes et à ses amies intimes, elle agit cependant avec correction en acceptant d'être indemnisée de ses frais.

Art. 39. — La rencontre en consultation d'un médecin et d'une sage-femme, légitime pour celle-ci des honoraires spéciaux.

TITRE III

DEVOIRS DES SAGES-FEMMES EN MATIÈRE DE MÉDECINE SOCIALE

Art. 40. — Dans ses rapports avec les collectivités et leurs ressortissants, les devoirs généraux et les devoirs envers les patientes de la sage-femme demeurent tels qu'ils ont été précisés aux titres I et II du présent code.

Elle est tenue de prêter son concours aux services de médecine sociale et de collaborer à l'œuvre des pouvoirs publics tendant à la protection et à la préservation de la santé publique.

Art. 41. — L'exercice habituel de la profession de sage-femme, sous quelque forme que ce soit, au service d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution de droit privé, doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Tout projet de convention ou renouvellement de convention avec un des organismes prévus au paragraphe précédent, en vue de l'exercice de la profession de sage-femme, doit être préalablement communiqué au conseil départemental intéressé. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code, ainsi que, s'il en existe, avec celles des contrats-types établis soit d'accord avec le conseil national et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément à des dispositions législatives ou réglementaires.

La sage-femme doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle elle affirme sur l'honneur qu'elle n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat soumis à l'agrément du conseil.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux sages-femmes placées sous le régime d'un statut arrêté par l'autorité publique.

Art. 42. — Toute sage-femme qui s'est liée par une telle convention ou un tel contrat ne doit en aucun cas profiter de ses fonctions pour augmenter sa clientèle personnelle.

Art. 43. — La sage-femme est tenue de communiquer au conseil national de l'ordre, par l'intermédiaire de conseil départemental, les contrats intervenus entre elle et une administration, ou une collectivité administrative. Les observations que le conseil national aurait à formuler sont adressées par lui au ministre dont dépend l'administration intéressée.

Art. 44. — La sage-femme qui exerce son activité au service d'une collectivité publique ou privée doit s'abstenir de détourner les femmes enceintes qu'elle examine de s'adresser au médecin, à la sage-femme, ou à l'établissement qu'elles ont choisi pour leur accouchement.

TITRE IV

DEVOIRS DE CONFRATERNITÉ

Art. 45. — Les sages-femmes doivent entretenir entre elles des rapports de bonne confraternité.

Celle qui a un dissentiment professionnel avec une autre sage-femme doit d'abord tenter de se réconcilier avec elle; si elle n'a pu réussir elle peut en aviser le président du conseil départemental de l'ordre.

Art. 46. — Les sages-femmes se doivent entre elles une assistance morale.

Il est interdit à une sage-femme de calomnier une autre sage-femme, de médire d'elle ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

Il est de bonne confraternité de prendre la défense d'une sage-femme injustement attaquée.

Art. 47. — Une dénonciation formulée à la légère contre une autre sage-femme constitue une faute.

Une dénonciation calomnieuse est une faute grave.

Une sage-femme qui a acquis la preuve qu'une autre sage-femme a commis une faute grave contre la déontologie a le devoir de rompre toute relation professionnelle avec elle. Elle ne peut donner les raisons de cette rupture qu'au président du conseil départemental.

Art. 48. — Dans tous les cas où elles sont interrogées en matière disciplinaire, les sages-femmes sont, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, tenues de révéler tous les faits utiles à l'instruction parvenus à leur connaissance.

Art. 49. — Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est formellement interdit.

Art. 50. — Lorsqu'une sage-femme est appelée auprès d'une patiente soignée par une autre sage-femme, elle doit respecter les règles suivantes :

1° Si la patiente renonce aux soins de la première sage-femme à laquelle elle s'était confiée, la deuxième sage-femme doit s'assurer de la volonté expresse de la patiente, prévenir la première sage-femme et lui demander si elle a été honorée ;

2° Si la patiente ne renonce pas aux soins de la première sage-femme mais, ignorant les règles et avantages de la consultation entre sages-femmes, demande un simple avis, la seconde sage-femme doit d'abord proposer la consultation, assurer les seuls soins d'urgence, puis se retirer ;

3° Si c'est pendant l'absence de la sage-femme habituelle que la deuxième sage-femme a été appelée, celle-ci doit assurer ses soins pendant l'absence de la sage-femme habituelle, les cesser dès le retour de celle-ci et l'informer de ce qu'elle a fait en son lieu et place ;

4° Si la sage-femme a été envoyée auprès de la patiente par une autre sage-femme momentanément empêchée, elle ne peut en aucun cas considérer la patiente comme sa cliente.

En tout état de cause, les sages-femmes ainsi appelées doivent s'abstenir scrupuleusement de réflexions désobligeantes et de toute critique concernant les soins donnés.

Art. 51. — Une sage-femme peut dans son cabinet, accueillir toutes les patientes quelle que soit la sage-femme traitante.

Art. 52. — Une sage-femme ne doit en principe recevoir les patientes que dans un seul cabinet. Seul le conseil départemental de l'ordre ou les conseils départementaux intéressés peuvent accorder une dérogation à cette règle si elle répond de façon évidente à des conditions locales en rapport avec l'intérêt des patientes.

Cette autorisation doit être retirée par les conseils intéressés lorsque les motifs pour lesquels elle a été donnée ont cessé d'exister.

Il est interdit à la sage-femme de confier la gérance d'un quelconque de ses cabinets à une autre sage-femme.

Art. 53. — Une sage-femme ne peut se faire remplacer temporairement dans sa clientèle que par une sage-femme inscrite à un tableau. Les conseils départementaux de l'ordre, intéressés, doivent être obligatoirement avisés de ce remplacement.

Art. 54. — En dehors des services hospitaliers, il est interdit à toute sage-femme de se faire assister dans l'exercice normal et habituel de sa profession, sauf urgence et pendant une durée maximum d'un mois, par une sage-femme travaillant sous le nom de la titulaire du poste.

Art. 55. — Une sage-femme qui a remplacé une autre sage-femme, pendant une certaine durée ne doit pas s'installer pendant un délai de deux ans dans un poste où elle puisse entrer en concurrence directe avec la sage-femme qu'elle a remplacée, à moins d'un accord écrit entre les intéressées, à défaut duquel le cas peut être soumis au conseil départemental de l'ordre.

Art. 56. — Une sage-femme ne doit pas s'installer dans un immeuble habité par une autre sage-femme en exercice, sans l'agrément de celle-ci ou, à défaut, sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre.

La présente disposition n'entrera en vigueur que le 1^{er} janvier 1951.

Art. 57. — Toute sage-femme qui cesse d'exercer est tenue d'en avvertir le conseil départemental qui cesse de la maintenir au tableau en tant que membre actif.

TITRE V

DEVOIRS DES SAGES-FEMMES VIS-A-VIS DES PROFESSIONS MÉDICALES, PARAMÉDICALES ET DES AUXILIAIRES MÉDICAUX

Art. 58. — Dans leurs rapports professionnels avec les membres des professions médicales et paramédicales, les sages-femmes doivent éviter tout agissement injustifié tendant à leur nuire vis-à-vis de leur clientèle et se montrer courtoises à leur égard.

Art. 59. — Dans le cas où une sage-femme est placée par le médecin auprès d'une parturiente elle ne doit jamais accepter de se substituer à lui au moment de l'accouchement, sauf en cas de force majeure.

Art. 60. — Quand l'appel d'un médecin est nécessaire la sage-femme ne doit pas influencer la famille quant à son choix. Sauf raison grave, elle ne doit pas refuser la venue d'un médecin qui lui est proposé. Si la famille maintient son choix, la sage-femme a le droit de se retirer, après avoir assuré les soins indispensables. Elle ne doit à personne l'explication de son refus.

Art. 61. — Si la famille lui demande de désigner elle-même le médecin qu'il faut appeler, la sage-femme est libre de choisir le médecin qu'elle juge le plus qualifié.

Art. 62. — Après l'intervention (consultation ou opération) du médecin appelé, la sage-femme reprend la direction des soins sous sa propre responsabilité, à moins que le fait pathologique qui a suscité l'appel du médecin n'exige la continuation du concours ou de la surveillance de ce dernier.

TITRE VI

ASSOCIATION ENTRE SAGES-FEMMES ET TOUTE AUTRE PERSONNE

Art. 63. — Toute association ou société entre deux ou plusieurs sages-femmes ou toute autre personne doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacune d'elles. Les projets de contrats doivent être communiqués au conseil départemental de l'ordre qui vérifie leur conformité avec les principes du présent code, ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats-types établis par le conseil national.

TITRE VII

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 64. — Toutes décisions prises par les conseils départementaux en vertu des dispositions du présent code peuvent être réformées ou annulées par le conseil national soit d'office, soit à la demande des intéressées, laquelle doit être présentée dans les deux mois de la notification de la décision.

Art. 65. — Toute sage-femme, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental de l'ordre qu'elle a eu connaissance du présent code et s'engager sous serment et par écrit à le respecter.

Art. 66. — La sage-femme peut employer les instruments suivants :

Stéthoscope.
Ciseaux droits et ciseaux courbes.
Pince omphalotribe.
Sonde vésicale.
Pincettes de Kocher et de Péan.
Sonde cannelée.
Pince à disséquer à griffes.
Aiguilles de Doyen courbes ou de Reverdin courbes.
Agrafes de Michel.
Pince porte-agraves.
Pince à enlever les agraves.
Insufflateur.
Sonde intra-utérine de Budin.
Seringues et aiguilles à injections hypodermiques.
Lancettes à vacciner ou vaccino-styles.
Brassard manométrique.
Lancette à saigner.

Art. 67. — Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de la santé publique et de la population et le ministre du travail et de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 30 septembre 1949.

HENRI QUEUILLE.

Par le président du conseil des ministres

Le ministre de la santé publique

et de la population,

PIERRE SCHNEITER.

Le garde des sceaux,
ministre de la justice,
ROBERT LECOURT.

Le ministre du travail
et de la sécurité sociale,

DANIEL MAYER.

Code de déontologie des sages-femmes

(Version consolidée le 19 juillet 2012)

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

Article R4127-301

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

Article R4127-302

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

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

Article R4127-303

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

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

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

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

Article R4127-304

La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L. 4153-1 et L.4153-2. Dans le cadre de son exercice professionnel, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs.

Article R4127-305

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

Article R4127-306

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

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

Article R4127-307

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

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

Article R4127-308

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

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

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

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

Article R4127-309

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

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

Article R4127-310

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

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

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

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

Article R4127-311

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

Article R4127-312

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

Article R4127-313

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

Article R4127-314

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

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

Article R4127-315

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

Article R4127-316

Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un enfant mineur ou d'une femme qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, elle doit, sauf circonstances particulières qu'elle apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Article R4127-317

Une sage-femme sollicitée ou requise pour examiner une personne privée de liberté doit informer l'autorité judiciaire lorsqu'elle constate que cette personne ne reçoit pas les soins justifiés par son état ou a subi des sévices ou de mauvais traitements.

Article R4127-318

I. — Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1 :

1° La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant :

- a) Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;
- b) Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale ;
- c) Le fœtus ;
- d) Le nouveau-né ;

2° La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer :

- a) L'échographie gynéco-obstétricale ;
- b) L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- c) L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- d) La délivrance artificielle et la révision utérine ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;
- e) La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- f) Le dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né ;
- g) L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ;
- h) La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ;
- i) Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

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

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

Article R4127-319

Sont interdits à la sage-femme :

- 1° Tout acte de nature à procurer à une patiente un avantage matériel injustifié ou illicite ;
- 2° Toute ristourne en argent ou en nature faite à une patiente ;
- 3° Toute commission à quelque personne que ce soit ;
- 4° L'acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque, et notamment pour un examen, la prescription de médicaments ou appareils, ou l'orientation vers un établissement de soins ;
- 5° Tout versement ou acceptation clandestins d'argent entre praticiens.

Article R4127-320

Est interdite à la sage-femme toute facilité accordée à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine ou de la profession de sage-femme.

Article R4127-321

Tout compérage entre sages-femmes et médecins, pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes, même étrangères à la médecine, est interdit.

On entend par compérage l'intelligence entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment de la patiente ou de tiers.

Il est interdit à une sage-femme de donner des consultations dans des locaux commerciaux, sauf dérogation accordée par le conseil départemental de l'ordre, ainsi que dans tout local où sont mis en vente des médicaments, des produits ou des appareils que cette sage-femme prescrit ou utilise et dans les dépendances desdits locaux.

Article R4127-322

Toute sage-femme doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.

Une sage-femme ne peut exercer une autre activité que si un tel cumul est compatible avec la dignité professionnelle ou n'est pas interdit par la réglementation en vigueur.

Il est interdit à la sage-femme d'exercer une autre profession qui lui permette de retirer un profit de ses prescriptions ou de conseils ayant un caractère professionnel.

Article R4127-323

Il est interdit à toute sage-femme qui remplit un mandat politique ou électif ou une fonction administrative d'en user à des fins professionnelles pour accroître sa clientèle.

Article R4127-324

La sage-femme peut participer, sous la direction d'un médecin, au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique.

Conformément aux dispositions des articles L. 2212-8 et L. 2213-2, aucune sage-femme n'est tenue de concourir à une interruption volontaire de grossesse.

Sous-section 2 : Devoirs envers les patientes et les nouveau-nés.

Article R4127-325

Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né.

Sauf cas de force majeure, notamment en l'absence de médecin ou pour faire face à un danger pressant, la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige.

Article R4127-326

La sage-femme doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes les plus appropriées et, s'il y a lieu, en s'entourant des concours les plus éclairés.

Article R4127-327

La sage-femme doit prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci.

Article R4127-328

Hors le cas d'urgence et sous réserve de ne pas manquer à ses devoirs d'humanité ou à ses obligations d'assistance, une sage-femme a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

La sage-femme peut se dégager de sa mission, à condition de ne pas nuire de ce fait à sa patiente ou à l'enfant, de s'assurer que ceux-ci seront soignés et de fournir à cet effet les renseignements utiles.

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins doit être assurée.

Article R4127-329

En cas de danger public, une sage-femme ne peut abandonner ses patientes et les nouveau-nés, sauf ordre formel donné par une autorité qualifiée conformément à la loi.

Article R4127-330

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, une sage-femme appelée à donner des soins à une mineure ou à une incapable majeure doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, ou si ceux-ci ne peuvent être joints, elle doit donner les soins nécessaires.

Dans tous les cas, la sage-femme doit tenir compte de l'avis de la mineure et, dans toute la mesure du possible, de l'incapable.

Article R4127-331

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7 et pour des raisons légitimes que la sage-femme apprécie en conscience, une patiente peut être laissée dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave la concernant.

Un pronostic fatal ne doit être révélé à la patiente qu'avec la plus grande circonspection, mais la famille doit généralement en être prévenue, à moins que la patiente n'ait préalablement interdit toute révélation sur son état de santé ou désigné les tiers auxquels cette révélation doit être faite.

Article R4127-332

(Abrogé par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012)

Article R4127-333

L'exercice de la profession de sage-femme comporte normalement l'établissement par la sage-femme, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Les prescriptions, certificats, attestations ou documents doivent être rédigés en langue française, permettre l'identification de la sage-femme et comporter sa signature manuscrite. Une traduction dans la langue de la patiente peut être remise à celle-ci.

Article R4127-334

La sage-femme doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Elle doit veiller à la bonne compréhension de celles-ci par la patiente et son entourage. Elle doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement.

Article R4127-335

Il est interdit à une sage-femme d'établir un rapport tendancieux ou de délivrer un certificat de complaisance.

Article R4127-336

La sage-femme doit s'efforcer de faciliter l'obtention par sa patiente des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit sans céder à aucune demande abusive.

Article R4127-337

Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits. La sage-femme doit s'opposer à toute signature par un autre praticien des actes effectués par elle-même.

Article R4127-338

La sage-femme ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille.

Sous-section 3 : Règles particulières aux différentes formes d'exercice

Paragraphe 1 : Exercice libéral.

Article R4127-339

Les seules indications qu'une sage-femme est autorisée à mentionner dans un annuaire ou sur ses imprimés professionnels tels que ses feuilles d'ordonnances et notes d'honoraires sont :

- 1° Ses nom, prénoms et adresse professionnelle, ses numéros de téléphone et de télécopie, l'adresse de sa messagerie internet et de son site internet personnel, ses jours et heures de consultation ;
- 2° Le titre de formation lui permettant d'exercer sa profession ainsi que le nom de l'établissement où elle l'a obtenu
- 3° Les autres titres de formation et fonctions dans les conditions autorisées par le conseil national de l'ordre ;
- 4° Ses distinctions honorifiques reconnues par la République française ;
- 5° Si la sage-femme exerce en association ou en société, les noms des sages-femmes associées et l'indication du type de société ;
- 6° Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ;
- 7° Son numéro d'identification ;
- 8° Les numéros de compte bancaire ;
- 9° S'il y a lieu, son appartenance à une association de gestion agréée.

Article R4127-340

Les seules indications qu'une sage-femme est autorisée à faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice sont ses nom, prénoms, numéro de téléphone, jours et heures de consultation, situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ainsi que ses titres de formation, et fonctions mentionnés aux 2° et 3° de l'article précédent.

Lorsque la disposition des lieux l'impose, des informations complémentaires relatives à la localisation du lieu d'exercice peuvent figurer sur la plaque ; une signalisation intermédiaire peut également être prévue dans cette hypothèse. Celles-ci doivent être préalablement soumises pour avis au conseil départemental de l'ordre. Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession. Lors de son installation ou d'une modification de son exercice, la sage-femme peut faire paraître dans la presse une annonce sans caractère publicitaire dont le texte et les modalités de publication doivent être préalablement communiqués au conseil départemental de l'ordre.

Article R4127-341

Les honoraires des sages-femmes doivent être déterminés en tenant compte de la réglementation en vigueur, de la nature des soins donnés et, éventuellement, des circonstances particulières. Ils doivent être fixés, après entente entre la sage-femme et sa patiente, avec tact et mesure.

Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. L'avis ou le conseil dispensé à une patiente par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire. La sage-femme doit afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'elle facture.

Une sage-femme n'est jamais en droit de refuser des explications sur sa note d'honoraires. Aucun mode de règlement ne peut être imposé à la patiente.

Lorsque des sages-femmes collaborent entre elles ou avec des médecins à un examen ou un traitement, leurs notes d'honoraires doivent être personnelles et distinctes.

Article R4127-342

Une sage-femme qui remplace une de ses collègues pendant une période supérieure à trois mois ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où elle puisse entrer en concurrence directe avec la sage-femme qu'elle a remplacée et, éventuellement, avec les sages-femmes exerçant en association avec celle-ci, à moins qu'il n'y ait entre les intéressées un accord, lequel doit être notifié au conseil départemental. Lorsqu'un tel accord n'a pu être obtenu, l'affaire peut être soumise au conseil départemental.

La sage-femme remplacée ne doit pas pratiquer des actes réservés à sa profession et donnant lieu à rémunération pendant la durée du remplacement.

Article R4127-343

Il est interdit à une sage-femme d'employer pour son compte dans l'exercice de sa profession une autre sage-femme ou une étudiante sage-femme. Toutefois, la sage-femme peut être assistée par une autre sage-femme dans des circonstances exceptionnelles, notamment en cas d'afflux considérable de population ; dans cette éventualité, l'autorisation fait l'objet d'une décision individuelle du conseil départemental de l'ordre. Le silence gardé par le conseil départemental vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande.

Article R4127-344

Il est interdit à une sage-femme de faire gérer son cabinet par une autre sage-femme.

Toutefois, en cas de décès d'une sage-femme, le conseil départemental peut autoriser, pendant une période de trois mois, éventuellement renouvelable une fois, la tenue de son cabinet par une autre sage-femme.

Article R4127-345

Les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de la profession de sage-femme doivent être conclus par écrit.

Toute association ou société entre sages-femmes en vue de l'exercice de la profession doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance de chacune d'elles.

Les contrats et avenants doivent être communiqués, conformément aux dispositions de l'article L. 4113-9, au conseil départemental de l'ordre dont elles relèvent, qui vérifie leur conformité avec les principes du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis par le conseil national.

Le conseil départemental de l'ordre peut, s'il le juge utile, transmettre pour avis les contrats ou avenants au conseil national.

La sage-femme doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle elle affirme sur l'honneur qu'elle n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat ou à l'avenant soumis à l'examen du conseil.

Article R4127-346

Le lieu habituel d'exercice de sa profession par une sage-femme est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle elle est inscrite sur le tableau du conseil départemental de l'ordre, conformément à l'article L. 4112-1.

Dans l'intérêt des patientes et des nouveau-nés, une sage-femme peut toutefois exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle :

- lorsqu'il existe, dans le secteur géographique considéré, une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patientes et des nouveau-nés ;

- ou lorsque les investigations et les soins qu'elle entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.

La sage-femme doit prendre toutes dispositions et en justifier pour que soient assurées, sur tous ces sites d'exercice, la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

La demande d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée. Elle doit être accompagnée de toutes les informations utiles sur les conditions d'exercice. Si ces informations sont insuffisantes, le conseil départemental doit demander des précisions complémentaires.

Le conseil départemental au tableau duquel la sage-femme est inscrite est informé de la demande d'ouverture lorsque celle-ci concerne un site situé dans un autre département.

Le silence gardé par le conseil départemental sollicité vaut autorisation implicite à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date de réception de la demande ou de la réponse au complément d'information demandé.

L'autorisation est personnelle et incessible. Il peut y être mis fin si les conditions fixées aux alinéas précédents ne sont plus réunies.

Article R4127-347

Une sage-femme ne doit pas s'installer dans un immeuble où exerce une autre sage-femme sans l'accord de celle-ci ou, à défaut, sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre. Cette autorisation ne peut être refusée que pour des motifs tirés d'un risque de confusion pour le public.

Le silence gardé par le conseil départemental vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

Article R4127-347-1

Dans les cabinets regroupant plusieurs praticiens exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique, l'exercice de la profession de sage-femme doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle. Le libre choix de la sage-femme par la patiente doit être respecté.

La sage-femme peut utiliser des documents à en-tête commun de l'association ou de la société d'exercice dont elle est membre. La signataire doit être identifiable et son adresse mentionnée.

Dans les associations de sages-femmes et les cabinets de groupe, toute pratique de compérage ou tout versement, acceptation ou partage de sommes d'argent entre praticiens est interdit, sous réserve des dispositions particulières relatives à l'exercice en société.

Paragraphe 2 : Exercice salarié.

Article R4127-348

Le fait pour une sage-femme d'être liée dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels, et en particulier à ses obligations concernant l'indépendance de ses décisions et le respect du secret professionnel.

En aucune circonstance la sage-femme ne peut accepter de la part de son employeur de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où elle exerce, elle doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patients et des nouveau-nés.

Article R4127-349

L'exercice de la profession de sage-femme sous quelque forme que ce soit au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant du droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Tout projet de contrat peut être communiqué au conseil départemental qui doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Tout contrat, renouvellement de contrat ou avenant avec un des organismes prévus au premier alinéa doit être communiqué au conseil départemental intéressé. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses des contrats types établis soit par un accord entre le conseil national et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément aux dispositions législatives ou réglementaires.

La sage-femme doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle elle affirme sur l'honneur qu'elle n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat, à son renouvellement, ou à un avenant soumis à l'examen du conseil.

Article R4127-350

Toute sage-femme liée à son employeur par convention ou contrat ne doit en aucun cas profiter de ses fonctions pour augmenter sa clientèle personnelle.

Paragraphe 3 : Exercice de la profession en qualité d'expert.

Article R4127-351

La sage-femme expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer de sa mission la patiente qu'elle doit examiner.

Article R4127-352

Nul ne peut être à la fois sage-femme expert et sage-femme traitante pour une même patiente.

En cas d'expertise judiciaire ou dans les autres cas, sauf accord des parties, une sage-femme ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu les intérêts d'une de ses patientes, d'un de ses amis, d'un de ses proches ou d'un groupement qui fait appel à ses services. Il en est de même lorsque ses propres intérêts sont en jeu.

Article R4127-353

Lorsqu'elle est investie de sa mission, la sage-femme doit se récuser si elle estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à l'exercice de la profession de sage-femme.

Dans la rédaction de son rapport, la sage-femme expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir la réponse aux questions posées dans la décision qui l'a nommée.

Hors de ces limites, la sage-femme expert doit taire ce qu'elle a pu apprendre à l'occasion de sa mission.

Sous-section 4 : Devoirs de confraternité.

Article R4127-354

Les sages-femmes doivent entretenir entre elles des rapports de bonne confraternité.

Elles se doivent une assistance morale.

Une sage-femme qui a un dissentiment avec une autre sage-femme doit chercher la conciliation au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental.

Il est interdit à une sage-femme d'en calomnier une autre, de médire d'elle ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

Il est de bonne confraternité de prendre la défense d'une sage-femme injustement attaquée.

Article R4127-355

Le détournement et la tentative de détournement de clientèle sont interdits.

Il est interdit à toute sage-femme d'abaisser ses honoraires dans un but de concurrence.

Elle reste libre de donner ses soins gratuitement.

Article R4127-356

Lorsqu'une sage-femme est appelée auprès d'une patiente suivie par une autre sage-femme, elle doit respecter les règles suivantes :

1° Si la patiente entend renoncer aux soins de la première sage-femme, elle s'assure de sa volonté expresse, lui donne les soins nécessaires ;

2° Si la patiente a simplement voulu demander un avis sans changer de sage-femme pour autant, elle lui propose une consultation en commun ; si la patiente refuse, elle lui donne son avis et, le cas échéant, lui apporte les soins d'urgence nécessaires ; en accord avec la patiente, elle en informe la sage-femme traitante ;

3° Si la patiente, en raison de l'absence de la sage-femme habituelle, a appelé une autre sage-femme, celle-ci doit assurer les examens et les soins pendant cette absence, les cesser dès le retour de la sage-femme habituelle et donner à cette dernière, en accord avec la patiente, toutes informations utiles à la poursuite des soins ;

4° Si la sage-femme a été envoyée auprès de la patiente par une autre sage-femme momentanément empêchée, elle ne peut en aucun cas considérer la patiente comme sa cliente.

Dans les cas prévus aux 2° et 3°, en cas de refus de la patiente, la sage-femme doit l'informer des conséquences que peut entraîner ce refus.

La sage-femme appelée doit s'abstenir de réflexions désobligeantes et de toute critique concernant les soins donnés précédemment.

Article R4127-357

Une sage-femme ne peut se faire remplacer dans son exercice que temporairement et par une sage-femme inscrite au tableau de l'ordre ou par un étudiant sage-femme remplissant les conditions prévues par l'article L. 4151-6.

La sage-femme qui se fait remplacer doit en informer préalablement, sauf urgence, le conseil de l'ordre dont elle relève en indiquant les nom et qualité du remplaçant ainsi que les dates et la durée du remplacement.

Article R4127-358

Sa mission terminée et la continuité des soins étant assurée, le remplaçant doit se retirer en abandonnant l'ensemble de ses activités provisoires

Sous-section 5 : Devoirs vis-à-vis des membres des autres professions de santé.**Article R4127-359**

Les sages-femmes doivent entretenir de bons rapports, dans l'intérêt des patientes, avec les membres des professions de santé. Elles doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci.

Article R4127-360

(Article abrogé par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012)

Article R4127-361

Dès que les circonstances l'exigent, la sage-femme doit proposer la consultation d'un médecin.

Elle doit accepter toute consultation d'un médecin demandée par la patiente ou son entourage.

Dans l'un et l'autre cas, elle peut proposer le nom d'un médecin mais doit tenir compte des désirs de la patiente et accepter, sauf raison sérieuse, la venue du médecin qui lui est proposé.

Si la sage-femme ne croit pas devoir souscrire au choix exprimé par la patiente ou son entourage, elle peut se retirer lorsqu'elle estime que la continuité des soins est assurée.

Elle ne doit à personne l'explication de son refus.

Article R4127-362

Après la consultation ou l'intervention du médecin appelé, la sage-femme reprend, en accord avec la patiente, la direction des soins sous sa propre responsabilité.

Sous-section 6 : Dispositions diverses.**Article R4127-363**

Dans le cas où les sages-femmes sont interrogées au cours d'une procédure disciplinaire, elles sont tenues de révéler tous les faits utiles à l'instruction parvenus à leur connaissance dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel.

Toute déclaration volontairement inexacte faite au conseil de l'ordre par une sage-femme peut donner lieu à des poursuites disciplinaires.

Article R4127-364

Toute sage-femme inscrite à un tableau de l'ordre qui exerce des activités de sage-femme dans un autre Etat membre de la Communauté européenne est tenue d'en faire la déclaration au conseil départemental au tableau duquel elle est inscrite.

Article R4127-365

Toute sage-femme, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental de l'ordre qu'elle a eu connaissance du présent code de déontologie et s'engager sous serment et par écrit à le respecter.

Article R4127-366

Toute sage-femme, qui cesse d'exercer est tenue d'en avertir le conseil départemental. Celui-ci donne acte de sa décision et en informe le conseil national.

Article R4127-367

Toutes les décisions prises par l'ordre des sages-femmes en application du présent code de déontologie doivent être motivées.

Sauf dispositions contraires, les décisions prises par les conseils départementaux peuvent faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le conseil national.

Ce recours hiérarchique doit être exercé avant tout recours contentieux.

CODE PENAL

Article 223-5 (Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

Le fait d'entraver volontairement l'arrivée de secours destinés à faire échapper une personne à un péril imminent ou à combattre un sinistre présentant un danger pour la sécurité des personnes est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende.

Article 223-6 (Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

Article 223-7 (Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

Quiconque s'abstient volontairement de prendre ou de provoquer les mesures permettant, sans risque pour lui ou pour les tiers, de combattre un sinistre de nature à créer un danger pour la sécurité des personnes est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Article 226-13 (Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Article 226-14 (Modifié par Loi n°2003-239 du 18 mars 2003 - art. 85)(Modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 - art. 34 JORF 7 mars 2007)

L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité

physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Article L1110-4 (Modifié par LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 2)

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

1° Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3.

La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la

Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé est obligatoire. La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Article L1111-2 (Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 37)

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

Article L1111-4 (Modifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 3 JORF 23 avril 2005 rectificatif JORF 20 mai 2005)

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Article L1111-7 (Modifié par LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 9)

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la

commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques décidée en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou ordonnée en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Article L2122-1 (Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 (V))

Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. La déclaration de grossesse peut-être effectuée par une sage-femme. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin.

Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire.

A l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est proposé à la femme enceinte. Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article L4151-1 (Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38)

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

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

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.

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

Article L4151-2 (Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 103 JORF 11 août 2004)

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article L4151-3 (Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004)

En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.

Article L4151-4 (Modifié par Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 - art. 37 JORF 20 décembre 2005)

Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Article L4153-1 (Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 59 (VD))

Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les sages-femmes.

Résumé:

En 1949, le premier code de déontologie des sages-femmes est créé. Il connaîtra par la suite plusieurs modifications jusqu'à la plus récente de 2012, d'une ampleur encore inédite pour ce texte. En effet, le code de déontologie des sages-femmes reflète les conditions de l'exercice de la profession au moment de sa parution; il s'appuie donc non seulement sur les textes de lois relatifs à la profession en elle-même mais aussi sur les avancées qui ont pu être effectuées dans le domaine de la politique de santé en général.

La comparaison des principes fondamentaux déontologiques dans la première et la dernière version du code de déontologie des sages-femmes nous a ainsi permis de mieux comprendre de quelle manière les évolutions du droit' en ce qui concerne les compétences de la profession ou les différentes formes d'exercice qui lui sont disponibles' ont pu retentir dans le code de déontologie et des principes appartenant à la déontologie passer dans le droit commun comme le droit des patients' , tout en résumant le fondement de ces changements.

Mots-clés :

Déontologie / Principes fondamentaux / Profession de sage-femme / Politique de santé