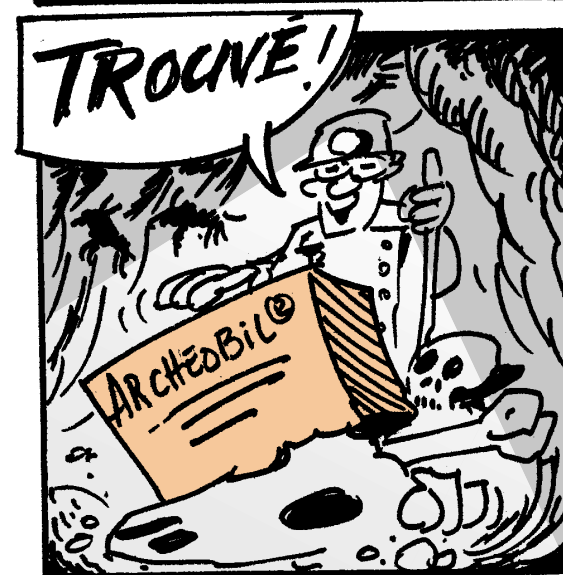
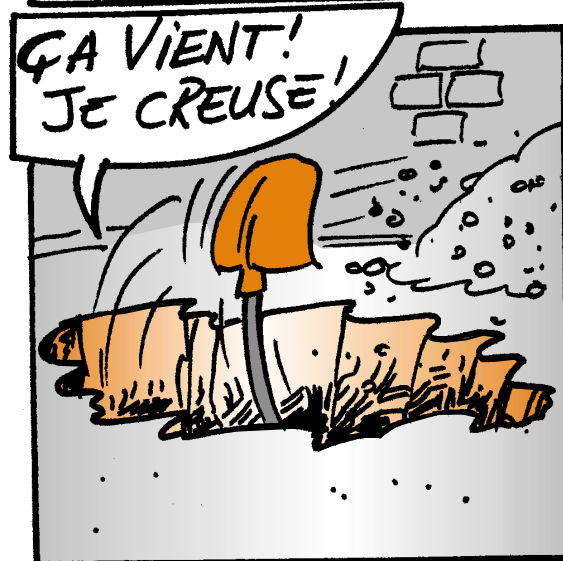


Ouvertures



Éditorial

Sages-femmes : une liste de médicaments obsolète

Dans l'édition 2002 du dictionnaire Vidal apparaît, pour la première fois dans ce dictionnaire, une liste des médicaments que les sages-femmes sont autorisées à prescrire (a)(1,2). Cette liste mérite l'attention.

Une prescription strictement encadrée. En application de l'article L. 4151-4 du Code de la santé publique, « les sages-femmes ne peuvent prescrire que les examens ainsi que les médicaments nécessaires à l'exercice de leur profession ». La liste de ces médicaments a été établie par un arrêté ministériel du 4 octobre 1971 (modifié par les arrêtés du 15 janvier 1973 et du 10 décembre 1974), puis par un arrêté du 17 octobre 1983 brièvement complété par un arrêté du 10 octobre 1989 (3à6).

Les sages-femmes sont également habilitées, selon l'article 18 de leur code de déontologie, « à prescrire et à pratiquer la vaccination antirubéolique » (b)(7) et, selon l'article L. 5134-1 du Code de la santé publique, « à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux » (8).

Depuis 1989, cette liste n'a pas été actualisée.

Une liste officielle obsolète dont la mise à jour est urgente. Vieille de bientôt vingt ans, la liste réglementaire comporte des médicaments retirés du marché, tels que l'aminopromazine (ex-Lispamol®), l'extrait d'opium associé à la papavérine et à l'atropine (ex-Spasmalgine®) (9), la propyromazine (ex-Diaspamy!®) (10), la tropenziline (ex-Palero!®). Elle mentionne des substances qui ne font plus partie depuis plusieurs années de la composition des spécialités initialement concernées, telles que l'acétarsol retiré de la composition du Polygynax® (11) et le mercurbutol retiré de la composition du Mercryl® (12). D'autres substances d'intérêt dépassé encombrant cette liste, telle la Coramine glucose®, qui n'est plus remboursable depuis plus de dix ans (13), ou des laxatifs contre-indiqués chez la femme enceinte. En revanche, des substances de première utilité, telles que le paracétamol, n'y figurent pas (2,14).

La capacité de prescription des sages-femmes n'est pas seulement amputée par la réduction progressive de cette liste, au fil des retraits du marché de spécialités ▶▶

► **désuètes. Les sages-femmes n'ont pas actuellement le droit de prescrire des substances telles que les prostaglandines (Prepidil°, Prostone E₂°, Propess°), qu'elles utilisent pourtant quotidiennement dans le déclenchement du travail et l'accouchement dirigé.**

Quelle révision ? Autant d'aberrations sur une liste officielle en dit long sur les carences des autorités sanitaires (c). Revoir cette liste dangereuse et obsolète est nécessaire pour garantir les meilleurs soins aux mères et à leurs enfants.

Sur quels critères sera faite cette révision ? Par qui ? Quel rôle thérapeutique doivent et peuvent jouer les sages-femmes aujourd'hui ? Quelle formation initiale et continue permettra aux sages-femmes de revendiquer cette révision et d'en user à bon escient ?

Voilà des questions qui demandent des réponses rapides, claires et opérationnelles.

La revue Prescrire

.....
a- De 1999 à 2001, les sages-femmes ont bénéficié d'une édition particulière du dictionnaire Vidal regroupant les Résumés des caractéristiques des médicaments qu'elles sont autorisées à prescrire (réf. 15).

b- L'article L. 4151-2 du Code de la santé publique autorise les sages-femmes à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques qui n'ont plus cours depuis des années.

c- Au Royaume-Uni, par exemple, la Medicines Control Agency assure la mise à jour régulière de la liste des médicaments de prescription par les infirmières et les sages-femmes (réf. 16).

-
- 1- "Dictionnaire Vidal" OVP Éditions du Vidal, Paris 2002 : 3 pages.
 - 2- Haramburu F "La sage-femme et la prescription de médicaments" *Bulletin d'information du Département de pharmacologie du CHU de Bordeaux* 2002 ; (44) : 2.
 - 3- Bardelay D "Le droit des sages-femmes à prescrire" *Rev Prescr* 1988 ; 8 (77) : 370.
 - 4- Darrouzes P "Les ordonnances des sages-femmes" *Rev Prescr* 1990 ; 10 (77) : 266.
 - 5- "Arrêté du 17 octobre 1983 fixant la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire et les conditions de leur délivrance par les pharmaciens" *Journal Officiel* du 30 octobre 1983. Site internet <http://onsf.org> consulté le 20 septembre 2002 (sortie papier disponible : 4 pages).
 - 6- "Arrêté du 10 octobre 1989 complétant l'arrêté du 17 octobre 1983 fixant la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire et les conditions de leur délivrance par les pharmaciens" *Journal Officiel* du 7 novembre 1989 : 13836.
 - 7- "Code de déontologie des sages-femmes" Site internet <http://onsf.org> consulté le 20 septembre 2002 (sortie papier disponible : 5 pages).
 - 8- "Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception" *Journal Officiel* du 7 Juillet 2001 : 10823-10827.
 - 9- Prescrire Rédaction "Produits supprimés : Spasmalgine°" *Rev Prescr* 1987 ; 7 (68) : 360 + *Rev Prescr* 1992 ; 12 (116) : 128.
 - 10- Prescrire Rédaction "Arrêts de commercialisation : Diaspamylo°" *Rev Prescr* 1991 ; 11 (111) : 476.
 - 11- Prescrire Rédaction "Changements de composition : Polygynax°" *Rev Prescr* 1986 ; 6 (58) : 11.
 - 12- Prescrire Rédaction "Changements de composition : Mercryl°" *Rev Prescr* 1999 ; 19 (199) : 676.
 - 13- Prescrire Rédaction "106 médicaments remboursés" *Rev Prescr* 1991 ; 11 (112) : 532-533.
 - 14- Prescrire Rédaction "Antalgiques et grossesse" *Rev Prescr* 2000 ; 20 (203) : 125-138.
 - 15- "Guide professionnel de la sage-femme" 3^e édition OVP Éditions du Vidal, Paris 2001 : 592 pages.
 - 16- UK Medicines Control Agency "List of prescription only medicines for prescribing by independent nurses prescribers" 19 March 2002. Site internet <http://www.mca.gov.uk> consulté le 20 septembre 2002 (sortie papier disponible : 4 pages).

Personnes âgées Limiter le recours à la contention physique

La contention physique des personnes âgées apparaît comme une pratique courante dans les institutions de soins pour limiter les risques de chutes, de fugues, pour faciliter les soins chez des vieillards agités, etc. (a)(1). Mais on doit s'interroger sur les véritables justifications et motivations de cette contention, ses conséquences physiques et psychiques, et sur la responsabilité des soignants et des institutions, face notamment au respect des droits des personnes âgées (1).

Afin de limiter le recours à la contention et d'en améliorer la pratique, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a élaboré un guide sur ce sujet, à la demande de la Direction générale de la santé (2). Étant donné l'absence d'informations en France sur le sujet, le groupe de travail de l'Anaes s'est penché sur de multiples études réalisées en Amérique du Nord (b)(2,3).

Des risques avérés. Dans les études analysées par l'Anaes, la prévalence des contentions varie de 19 % à 84,6 % dans les établissements de long séjour pour personnes âgées. La crainte des chutes est le premier motif de son utilisation, bien qu'il n'existe aucune preuve de l'efficacité des contentions dans la prévention de ce risque (2).

Au contraire, une étude prospective a montré que les chutes étaient plus fréquentes chez les patients soumis à contention, à égalité d'âge et de déficit. Plusieurs études ont rapporté que la contention augmentait le risque de chutes graves (fractures, hématomes, etc.), suite à la perte de masse musculaire et osseuse résultant de la diminution de l'activité physique (2). Des escarres, une majoration de l'incontinence, divers troubles psychiques, voire une augmentation de la mortalité ont aussi été associés à la contention (2).

Une nette réduction du recours à la contention a été obtenue par la mise en œuvre de programmes spé-

cifiques dans des établissements pour personnes âgées aux États-Unis : la fréquence des chutes graves n'en a pas été augmentée, pas plus que la prescription de psychotropes (2).

Des recommandations de l'Anaes pour limiter le recours à la contention. À partir des données de la littérature, de propositions canadiennes et de l'expérience des professionnels français en gériatrie, le groupe de travail de l'Anaes a défini un "référentiel de pratique pour la contention" (2).

Selon ce référentiel, la décision d'immobiliser au lit ou au fauteuil un sujet âgé est à prendre seulement après une évaluation de la balance bénéfices-risques de la contention, par le médecin et l'équipe soignante. Cette décision doit faire l'objet d'une prescription médicale écrite, précisant le programme de surveillance et de soins, établi en accord avec l'équipe, ainsi que le matériel de contention choisi. Après une période initiale courte, en général de 24 heures, il faut réévaluer le bien-fondé de la contention, avant d'éventuellement la prolonger, par périodes de 24 heures. La décision prise doit être expliquée au patient et à ses proches, en recherchant leur consentement et leur participation.

Des "outils" sont également proposés par l'Anaes pour permettre de conduire une évaluation des pratiques de contention dans les unités de soins pour personnes âgées. Des alternatives à la contention sont à envisager en fonction des risques encourus et des différents cas : révision du traitement, correction des déficiences sensorielles, adaptation de l'espace et du mobilier, accompagnement, etc. (c).

Finalement, le groupe de travail de l'Anaes insiste sur le fait que le recours à la contention doit être l'exception, compte tenu des risques qu'elle entraîne, ce qui passe par une évolution des pratiques professionnelles au niveau des établissements (2).

Ajoutons que là encore, une prise