

LES **DO**

#499 FÉVRIER 2020

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE



REVUE D'INFORMATIONS MÉDICALES
ET PROFESSIONNELLES DE LA **Sage-Femme**

47^e année ISSN 0767-8293



MAÏEUTIQUE Méthodes de pose du DIU

GYNÉCOLOGIE Contraception: un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive

OBSTÉTRIQUE Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours

SANTÉ PUBLIQUE Projet d'expérimentation d'un parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique

SCIENCES HUMAINES Action Pédagogique Pilote: lutter contre les violences faites aux femmes. Expérience pluriprofessionnelle: les étudiants en pharmacie accompagnent des futurs professionnels de santé



GRANDIR NATURE

votre partenaire de confiance
pour accompagner les allaitements

NUMÉRO DÉDIÉ AUX PROFESSIONNELS



03 88 50 07 99

**Ensemble, œuvrons pour que chaque allaitement devienne
une expérience unique et une source de bien-être.**

Grandir Nature propose une large
sélection de tire-lait électriques*,
livrés gratuitement partout en France,
pour répondre aux besoins des mamans.



Valérie et Laura,

nos consultantes en lactation
IBCLC, nos équipes de conseillères
formées et passionnées sont
à votre disposition :



consultante-lactation@grandir-nature.com



GRANDIR NATURE

aider les mamans

NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833



www.grandir-nature.com

www.leblogallaitement.com

* Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.

LPPR : code 1129440 (7,50€) pour la location hebdomadaire; code 1140252 (12€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné n° FINESS 672656030

02 ÉDITORIAL

BENOÎT LE GOEDEC

04 MAÏEUTIQUE

Méthodes de pose du DIU
BENOÎT LE GOEDEC

05 GYNÉCOLOGIE

Contraception : un nouvel outil
d'information pour mieux choisir
sa méthode contraceptive
SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

08 OBSTÉTRIQUE

Prise en charge des mutilations
sexuelles féminines par les
professionnels de santé de
premier recours
RECOMMANDATIONS HAS

18 SANTÉ PUBLIQUE

Projet d'expérimentation
d'un parcours de périnatalité
coordonné ville-hôpital dans
le cadre d'une grossesse
physiologique

34 SCIENCES HUMAINES

Action Pédagogique Pilote :
lutter contre les violences
faites aux femmes.
Expérience pluriprofessionnelle :
les étudiants en pharmacie
accompagnent des futurs
professionnels de santé
DR FRANÇOISE NAZIH-SANDERSON,
ISABELLE DERRENDINGER
DR CLAIRE SALLENAVE-NAMONT

38 KIOSQUE

38 AGENDA EN BREF

39 FICHE TECHNIQUE

Trisomie 21 : un dépistage plus
performant et moins invasif

42 COMMUNIQUÉS

45 RECHERCHE

47 FORMATIONS



LES DO

ÉDITIONS ESKA

12 rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
T. 01 42 86 55 65
F. 01 42 60 45 35
agpaedit@eska.fr
<http://www.eska.fr>

Photo de couverture :
Reproductive Health Supplies
Coalition - Unsplash.com

LES ANNONCEURS

C2 Grandir Nature

C3 Euromédial

C4 Laboratoire CCD

03 8^e Journée Infectiologie
Mère-Enfant

37 "Vademecum des Prescriptions
de la Sage-Femme" 2020 -
Pré-sommaire

41 Journée du Collège
National des Sages-femmes

47 Formations ANSFL

48 Médicoformation

POUR VOUS ABONNER,
RETOURNEZ-NOUS
LE BULLETIN EN **PAGE 2.**

OURS

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF
Benoît Le Goedic, Sage-femme
Benoitlegoedic@gmail.com

MEMBRES

Farid Boubred, PH Pédiatre, Marseille
Véronique Brevaut-Malaty, PH Pédiatre, Marseille
Isabelle Derrendinger, S-F, Directrice SF, Nantes
Clotilde Des Roberts, PH Pédiatre, Marseille
Bruno Deval, Gynécologue-Obstétricien, Paris
Claude Doyen, S-F, Directrice ESF Strasbourg
Alexandre Fabre, PH Pédiatre, Marseille
Pierre Frémontière, Enseignant Chercheur, ESF
Marseille
Jocelyne Guermeur, S-F, Directrice ESF Rennes
Thierry Harvey, Chef de service, Gynécologue-
Obstétricien, Paris
Pascale Hassler, S-F, Enseignante, ESF Marseille
Sandrine Hautbois-Vigne, S-F, Enseignante, ESF
La Réunion
Sabrina Hubert-Payet, S-F, Directrice ESF La Réunion
Élisabeth Josse, S-F, Directrice de Formation,
Boulogne-Billancourt
Pr Stephan Khmil, Ukraine
Pierre Mares, Chef de service, Gynécologue-
Obstétricien, Nîmes
Philippe Merviel, Chef de service, Gynécologue-
Obstétricien, Brest

Sylvie Morel, Sociologue, Nantes
Alexandra Musso, S-F, Enseignante, Nice
Christophe Pasca, Directeur IFROSS, MCU
Sciences de Gestion HDR, Lyon
Marie-Agnès Poulain, S-F, Directrice ESF Amiens
Sébastien Riquet, Enseignant Chercheur, ESF
Marseille
Cécile Rouillard, S-F, Directrice ESF Angers
Isabelle Vaast, S-F, Lille
Carole Zakarian, S-F, Directrice ESF Marseille

CONCEPTION GRAPHIQUE

Marie-Paule STÉPHAN
Conception, réalisation, suivi du numéro
mstudio@netcf.fr

ÉDITION

Éditions ESKA
12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris
T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35
<http://www.eska.fr>

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF
serge.kebabtchieff@eska.fr

Maquette intérieure et couverture, format, mise
en page, sont la propriété des Éditions ESKA.

FABRICATION

Marise URBANO - agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

PUBLICITÉ - CONGRÈS

COMMUNICATION

T. 01 42 86 55 69 - congres@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebabtchieff@eska.fr

MARKETING - CONGRÈS

PUBLICITÉ

Alicia GORRILLIOT
T. 01 42 86 55 69 - agpaedit@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebabtchieff@eska.fr

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Isabelle DERRENDINGER, Directrice École
de sages-femmes, CHU Nantes et Secrétaire
Générale Conseil National Ordre des Sages-
femmes
Alexandra MUSSO, Sage-femme enseignante,
Nice (06)

Dr Françoise NAZIH-SANDERSON, Maître de
conférences en Biochimie Générale et Clinique
Dr Claire SALLENAVE-NAMONT, Maître
de conférences en Sciences Végétales et
fongiques - UFR des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques de l'Université de Nantes

FONDATEUR DE LA REVUE

Jean OSSART

Périodicité mensuelle

11 numéros par an. Tous les mois sauf août.

Vente au numéro 8,50 euros

Tous droits réservés. Les articles et tableaux ne
peuvent être reproduits qu'avec l'autorisation de
l'éditeur. Ceci recouvre : copie papier, intranet,
internet, etc. L'ensemble des contributions consti-
tuant cette publication ainsi que le copyright et
les droits d'auteurs sont la propriété exclusive
des Éditions ESKA. Les articles s'engagent que
la responsabilité de leurs auteurs.

Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S.

Commission paritaire n° 0222 T 81395.
Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.
Dépôt légal : Février 2020

Mieux accompagner les femmes

Les nouveaux modes de communication ont leurs travers et leurs risques mais servent aussi les femmes quand, ailleurs, elles ne peuvent se faire entendre ou écouter.

Nous l'avons vu avec les violences faites aux femmes et son relais national #noustoutes, nous le découvrons aujourd'hui avec le #MonPostPartum créé par quatre militantes féministes, Morgane Koresh, Ayla Linares, Masha Sacré et Illana Weizman en France.

Ce mouvement fait suite à la censure par la chaîne ABC, lors de la cérémonie des Oscars, d'une publicité de la marque *Frida Mom* sur les produits de soins du post-partum où l'on voit une femme marchant avec difficultés aller changer sa serviette hygiénique et faire ses soins du périnée.

Depuis ce hashtag, la parole des femmes se libère et beaucoup de témoignages affluent sur cette période difficile et le sentiment de solitude et d'incompréhension qui l'accompagne.

Nous le savons pourtant, tous et toutes, Santé Publique France et l'INSERM ont attiré l'attention des

professionnels sur les épisodes dépressifs graves de la première année qui suit la naissance d'un enfant.

Les publications des femmes sur *twitter* depuis la mi-février montrent que nous sommes encore loin d'une prise en charge optimum. Elles expriment notamment un manque de préparation ante-natal à cette période du post-partum et des états physiques et psychologiques difficiles bien au-delà de la prise en charge précoce des premiers jours.

Peut-être peut-on espérer encore une fois que les femmes et leur parole influenceront sur les politiques de santé là où les sages-femmes sont toujours trop peu écoutées, pour pouvoir étendre l'accompagnement spécifique largement après les premiers jours par la prise en charge financière de consultations dédiées et de l'entretien postnatal. Mais aussi par une reconnaissance des sages-femmes étendue aux hommes, nouveaux pères, afin de prévenir leurs difficultés, sources de risques de violences faites aux femmes.

Benoît Le Goedic, Sage-femme,
Rédacteur en chef des D.O.

 LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE			ABONNEMENT 2020	
TARIF D'ABONNEMENT 11 NUMÉROS PAR AN			VOS COORDONNÉES	
Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*	<input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> M. (en lettres capitales)	
FRANCE	79,00 €	50,00 €	Nom Prénom	
D.O.M.	84,00 €	60,00 €	Adresse	
EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	62,00 €	Code postal [][][][][] Ville	
T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	65,00 €	Pays Téléphone	
* Joindre attestation.			E-mail	
Abonnement collectif de service 156,00 €			Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre)	
En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.			s'abonne aux Dossiers de l'Obstétrique Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email : adv@eska.fr	
Renvoyer le coupon à : Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA - 12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35				

Prévention et prise en charge de l'infection chez la femme

Hôpital des Diaconesses
18 rue du Sergent Bauchat - 75012 Paris
Vendredi 27 Mars 2020

MATIN

8h30 – 9h00 Accueil des participants — Café

9h00 – 10h30 **SESSION 1 : RISQUES OBSTÉTRICAUX
ET INFECTIONS**

Modérateur : Pr. Laurent MANDELBROT

- Maladies infectieuses émergentes et grossesse : à quoi se préparer
Pr. Pierre-François CECCALDI, Hôpital Beaujon, Paris
- Infection à CMV en 2020 : où en sommes-nous ?
Pr. Olivier PICONE, Hôpital Louis Mourier, Colombes
- Infections à Streptocoques du groupe B : Intérêt du dépistage à l'accouchement
Dr. Emmanuelle VIGIER, Hôpital Bichat, Paris

10h30 – 11h00 Pause - Visite des stands

11h00 – 12h30 **SESSION 2 : VACCINS, SÉROLOGIE ET FEMMES
ENCEINTES**

Modérateur : Pr. Pierre-François CECCALDI

- Consultation pré conceptionnelle et maladies infectieuses : prévention, information, vaccinations
Pr. Laurent MANDELBROT, Hôpital Louis Mourier, Colombes
- Interpréter les sérologies : comment éviter les pièges
Dr. Christelle VAULOUP FELLOUS, Hôpital Antoine-Béclère, Clamart
- La juste prescription des sérologies pendant la grossesse
Pr. Olivier PICONE, Hôpital Louis Mourier, Colombes

APRÈS-MIDI

12h30 – 13h15 Déjeuner

13h15 – 14h00 **TABLE RONDE
ACTUALITÉS SUR LE CORONAVIRUS ÉMERGENT**

14h00 – 15h30 **SESSION 3 : RISQUES INFECTIEUX
ET PAPILLOMAVIRUS**

Modérateur : Pr. Bruno POZZETTO

- HPV et hésitation vaccinale en France : le casse-tête
Mme Alexandra MUSSO, Sage-femme, CHU de Nice
- Risque HPV en PMA
Pr. Thomas BOURLET, CHU de Saint-Etienne
- Désinfection des sondes d'échographie à usage endocavitaires
Dr. Eve RONIN, CHU de Saint-Etienne

15h30 – 16h00 Pause - Visite des stands

16h00 – 17h30 **SESSION 4 : FEMMES ENCEINTES
ET VOYAGES**

Modérateur : Pr. Olivier PICONE

- Risques en lien avec l'infection par le virus Zika au cours de la grossesse
Pr. Bruno HOEN, Institut Pasteur de Paris
- Risques parasitaires, grossesse et voyages
Pr. Daniel CAMUS, Institut Pasteur de Paris
- Risques non infectieux chez la femme enceinte et voyages en avion
Dr. Vincent FEUILLIE, Centre Médical Air-France, Paris

17h30 **CONCLUSION**
Pr. Olivier PICONE



MÉTHODES DE POSE DU DIU

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME

Un nouveau stérilet, proposé par le Laboratoire CCD, permet la pose directe ou technique du « pousser-tirer ».

La pose des DIU est un acte facilement réalisable en cabinet de ville. Le matériel nécessaire n'est pas important et il peut même, pour certains DIU, être contenu avec le DIU dans un kit de pose.

Certains professionnels ont expérimenté et témoignent d'une technique de pose plus facile directe.

MÉTHODE CLASSIQUE

POUR LES DIU EN « Y » ET EN « T »

- Faire entrer le DIU dans le tube inserteur (en tirant sur les fils pour les DIU en « Y », en poussant le poussoir pour les DIU en « T »);
- Poser le spéculum;
- Réaliser éventuellement une désinfection cervicale;
- Réaliser une préhension du col par une pince de Pozzi, puis une traction sur l'utérus pour l'horizontaliser;
- Mesurer la longueur de l'utérus avec un hystéromètre;
- Placer la bague sur le tube inserteur au niveau de la mesure retrouvée;
- Tout en maintenant la traction sur l'utérus avec la pince de Pozzi, introduire le tube inserteur avec le poussoir par le canal cervical jusqu'au fond utérin (bague en butée sur le col de l'utérus);
- Maintenir le poussoir d'une main; avec l'autre, maintenir la pince de Pozzi et reculer le tube inserteur d'un cran le long du poussoir;

POUR LES SIU (HORMONAUX)

Un système d'insertion permet de le faire à une seule main à l'aide d'un curseur serti au tube inserteur et coulissant sur une poignée attachée au poussoir.

Mais le principe de pose reste le même.

MÉTHODE DIRECTE

C'est une méthode de pose alternative appelée méthode directe, technique de la torpille, pose en un temps ou en floraison ou tirer-pousser.

Tous les DIU et SIU en « Y » ont été cités pour l'utilisation de la technique. Certains professionnels l'utilisent pour tout type de stérilet mais d'autres sont plus réservés pour les stérilets en « T ».

Le principe de base est que seul le DIU (ou SIU) pénètre dans la cavité utérine :

- Introduire le spéculum;
- Réaliser éventuellement une désinfection;
- Placer éventuellement la bague entre 3 et 4 cm sur le tube inserteur en tant que point de repère;
- Introduire le tube inserteur jusqu'à sentir une légère résistance ou jusqu'à ce que la bague touche le col, c'est-à-dire jusqu'à l'arrivée à l'orifice interne du col;
- Pousser doucement le DIU à l'aide du poussoir, sans bouger le tube inserteur. Le DIU se déplie dans la cavité utérine;
- Retirer d'abord le poussoir, puis le tube inserteur;
- Couper les fils assez longs pour éviter leur disparition lors de la possible ascension du DIU, vers l'avant de l'autre main.

La méthode directe est moins douloureuse pour les patientes, car il n'y a pas de préhension du col puis de traction de l'utérus et une absence de passage de l'orifice interne autrement qu'une seule fois par le DIU.

LE DISPOSITIF CONTRACEPTIF INTRA-UTÉRIN (DIU) AU SYSTÈME D'INSERTION EN UNE ÉTAPE: ETHERENA® T CU 380 A

Ce nouveau dispositif révolutionne la pose des DIU en T au cuivre grâce à une procédure en une seule étape. Cette procédure dite « Pousser-Tirer » rend le chargement du dispositif plus facile, plus rapide et sans douleur.

Avec Etherena® T CU 380 A, la pose se fait en un seul mouvement : une fois la mesure de l'hystérométrie effectuée, le tube inserteur contenant le DIU chargé est inséré délicatement dans la cavité utérine jusqu'à ce que la bague du tube soit en contact avec la bague du col utérin. Le curseur est ensuite descendu fermement en un seul mouvement pour libérer le DIU dans le fond utérin.

Etherena® T CU 380 A est proposé « préchargé » dans l'inserteur et maintenu en place, ce qui garantit une absence de contact direct pendant le chargement et l'insertion, et donc un niveau d'aseptie optimal.

La tige de son inserteur présente une forme anatomique qui s'adapte à la cavité utérine pour un placement précis du DIU, quelle que soit l'orientation de l'utérus (rétroversé ou antéversé).

L'inserteur présente un bouton coulissant poussoir intuitif et simple d'utilisation (« Pousser - Tirer »)

Le réglage de la profondeur utérine s'opère avec une précision de 5 mm. Les deux bras du DIU en T se chargent

de manière symétrique de manière à limiter le risque de perforation

Le DIU en T est non hormonal, il agit en provoquant une inflammation locale de l'endomètre qui empêche l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé. Cette activité est renforcée de manière ancillaire par la présence de cuivre. Le cuivre a un effet cytotoxique sur les gamètes à l'origine d'une altération des spermatozoïdes, entraînant ainsi une inhibition de la fécondation. Le DIU en T d'Etherena® est efficace dès le jour de son insertion.

Une méthode contraceptive à long terme (jusqu'à 10 ans) réversible indiquée chez les femmes unipares et multipares en vue d'une :

- contraception intra-utérine usuelle de première intention,
- contraception intra-utérine post-coïtale d'urgence (dans les 5 jours suivant le rapport non ou mal protégé),
- contraception intra-utérine du post-partum et du post-abortum (dans les 48 heures post-partum ou post-abortum ou après involution complète de l'utérus).

COMPOSITION

Le DIU en T d'Etherena® se compose d'un corps en forme de T en polyéthylène et sulfate de baryum. Un fil de cuivre est enroulé autour de l'axe vertical.

Par ailleurs, les deux bras horizontaux sont dotés de manchons de cuivre afin d'augmenter la teneur en cuivre.

La surface totale de cuivre est de $380 \pm 38 \text{ mm}^2$.

Un fil de suture monofilament en polyéthylène de haute densité est attaché à la boule de la structure en T, à la base de l'axe vertical.

PRÉSENTATION

Le DIU en T d'Etherena® mesure 32 mm de large × 36 mm de long.

Dispositif médical Classe III. •

CONTRACEPTION

Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive

DOSSIER ÉDITÉ PAR SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - 13 FÉVRIER 2020

L'ENGAGEMENT DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE LE PROGRAMME « SANTÉ SEXUELLE »

Le programme de Santé sexuelle de Santé publique France et ses objectifs

Engagé de longue date, Santé publique France est un acteur clé dans le champ de la santé sexuelle, à travers la surveillance épidémiologique et comportementale, les dispositifs de prévention et le développement d'actions innovantes. L'approche de l'agence en matière de santé sexuelle est à la fois positive et globale.

Elle s'adresse à tous les publics (jeunes, adultes, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes...) et aborde de nombreux sujets en veillant à consulter régulièrement les acteurs de terrain et les associations.

Le programme « santé sexuelle » est structuré autour des trois axes suivants :

- la promotion de la santé sexuelle, pour toutes et tous, à tout âge, dans une approche globale et positive,
- l'amélioration de la connaissance et de l'appropriation de la prévention diversifiée pour lutter contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST),
- l'amélioration de la santé reproductive.

Les actions menées ont pour but d'améliorer le niveau de connaissances des individus et également de faire évoluer les attitudes, croyances et comportements pour permettre à chacun de prendre des décisions éclairées quant à sa santé sexuelle.

Le programme Santé sexuelle de Santé publique France s'inscrit dans le cadre de la récente « Stratégie nationale de santé sexuelle – Agenda 2017-2030 » (SNSS) qui répond à une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Son objectif général est d'assurer « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité, de la naissance jusqu'à la vieillesse pour l'ensemble de la population ».

« Au travers de ses diverses actions, Santé publique France cherche à délivrer des informations adaptées aux besoins de chacun. Dans le champ de la contraception, cela passe par la promotion de la diversité contraceptive et la diffusion d'informations fiables et accessibles pour que chacun puisse faire un choix éclairé. »

SYLVIE QUELET, Directrice de l'unité Prévention et promotion de la santé à Santé publique France

« CHOISIR SA CONTRACEPTION » LE SITE DE RÉFÉRENCE SUR LA CONTRACEPTION

Créé en 2007, le site **choisirsacontraception.fr** traite de tous les aspects liés à la contraception de manière simple et pédagogique. Il propose une information complète sur la contraception. Un clic sur le pictogramme permet de découvrir la méthode, ses avantages, ses inconvénients, comment elle s'utilise... Les internautes peuvent y trouver des informations plus générales ou comprendre comment aborder le sujet de la contraception en couple, avec un proche ou un professionnel.

LES FEMMES FACE À LA CONTRACEPTION EN FRANCE AUJOURD'HUI

UN SCHÉMA CONTRACEPTIF STABLE

Depuis 2010, les pratiques contraceptives évoluent en France. Cette évolution s'est accélérée suite à la crise des pilules de 3^e et 4^e générations de 2012 se traduisant, immédiatement après le débat, par une baisse globale de l'utilisation des pilules contraceptives et un report vers le Dispositif Intra Utérin (DIU) et le préservatif. Ces évolutions ont cependant peu modifié le schéma contraceptif français : la vie sexuelle débute avec l'utilisation du préservatif qui est remplacé par la pilule lorsque l'activité sexuelle devient régulière, puis par le DIU, une fois le nombre d'enfants désirés atteint.

LE SAVIEZ-VOUS ?

En France, 2 grossesses non prévues sur 3 surviennent alors que la femme déclare utiliser une méthode contraceptive



UNE CONTRACEPTION QUI ÉVOLUE AVEC L'ÂGE

La réalisation du Baromètre de Santé publique France en 2016 (cf. Figure 1) a permis d'interroger les femmes sur leur utilisation contraceptive afin d'étudier l'évolution des pratiques, à distance du débat. L'enquête a été réalisée par téléphone du 8 janvier au 1^{er} août 2016. Les analyses portent sur 4 315 femmes âgées de 15 à 49 ans concernées par la contraception, c'est-à-dire non ménopausées, non stériles, non enceintes, ayant eu un rapport sexuel avec un homme au cours des douze derniers mois et ne cherchant pas à avoir d'enfant.

Les résultats du Baromètre Santé publique France 2016 montrent que malgré les polémiques de ces dernières années, la pilule reste le contraceptif le plus utilisé, notamment chez les femmes de moins de 25 ans (60 %). À partir de 25 ans, le DIU est utilisé par environ une femme sur cinq et cette proportion augmente avec l'âge. Les autres méthodes hormonales (patch, implant, anneau) sont des outils plus souvent plébiscités par les femmes entre 20 et 24 ans que par leurs aînées.

L'analyse de l'évolution des pratiques contraceptives montre que la diminution de l'utilisation de la pilule s'inscrit dans deux dynamiques différentes :

- Les plus jeunes se reportent en partie vers l'implant ;
- Les femmes les plus favorisées, plus enclines à se rendre chez un gynécologue pour se faire prescrire leur contraception se sont tournées vers le dispositif intra-utérin (DIU) ;
- Les moins favorisées, qui consultent leur généraliste (moins formé à la pose d'un DIU) pour leur contraception, se dirigent vers des méthodes moins efficaces que la pilule comme le préservatif.

Ce sont surtout parmi les femmes de 20-29 ans que ces évolutions ont été observées.

Au-delà de ces évolutions, un enjeu demeure : permettre à chaque femme de trouver la méthode de contraception qui lui convient le mieux. Cette adéquation est la garantie d'une efficacité maximale.

Le choix d'un contraceptif doit correspondre au mode de vie, aux habitudes et aux conditions de santé de la personne qui l'utilise, afin de maximiser l'efficacité de celui-ci.

UN NOUVEL OUTIL POUR CHOISIR UNE CONTRACEPTION PERSONNALISÉE ET EFFICACE

RENFORCER L'INFORMATION CONCERNANT LA CONTRACEPTION AUPRÈS DES FEMMES

Dans le cadre de son programme « santé sexuelle », Santé publique France lance un nouvel outil, disponible sur le site **choisirsacontraception.fr**, pour aider les femmes à préparer leur consultation contraceptive et leur fournir une information personnalisée sur la contraception.

Ce nouvel outil a comme principaux objectifs de :

- Favoriser le dialogue entre la patiente et son professionnel de santé y compris sur les aspects non médicaux ;
- Offrir une information personnalisée aux femmes sur les différentes méthodes contraceptives existantes et leurs adéquations par rapport à leurs attentes ;
- Diffuser les informations déjà présentes sur le site sous une forme nouvelle.



« Nous avons souhaité développer cet outil pour synthétiser l'information particulièrement riche du site choisirsacontraception.fr et en faciliter l'accès. Cela permettra aux femmes de mieux préparer leur consultation de contraception »

DELPHINE RAHIB, CHARGÉE D'ÉTUDES À L'UNITÉ SANTÉ SEXUELLE À SANTÉ PUBLIQUE FRANCE.

UN OUTIL CRÉÉ ET VALIDÉ PAR DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Il s'appuie sur les dernières recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) en matière de contraception et est complété par les recommandations des sociétés savantes prescriptrices.

Pour valider sa pertinence et sa qualité scientifique, Santé publique France a travaillé avec un groupe composé de sages-femmes, de gynécologues, de pharmaciens, de médecins généralistes, de représentants associatifs.

UN OUTIL PENSÉ ET DÉVELOPPÉ AVEC ET POUR LES FEMMES

Conçu pour être consulté sur mobile, l'outil est simple d'utilisation. Il suffit de répondre à une quinzaine de questions organisées en trois parties :

- « **Moi** » : sexe, âge, nombre de partenaires, méthodes de contraception déjà utilisées et satisfaction.
- « **Mes préférences** » : en termes d'efficacité, de régularité et modalité de prise, d'effets secondaires, etc.
- « **Ma santé** » : antécédents médicaux personnels et familiaux, prise de médicaments, consommation de tabac, etc.

Une fois le questionnaire terminé, l'outil classe les contraceptifs selon **trois catégories** : « les plus adaptés », « les possibles » ou « les contre-indiqués probables », à partir des informations renseignées.

Pour chaque moyen de contraception, les points positifs et négatifs sont expliqués de manière détaillée et un renvoi vers la fiche descriptive sur le site choisirsacontraception.fr est disponible.

Les résultats (cf. Figure 2) sont téléchargeables gratuitement par l'utilisatrice. Ce support peut être utilisé pour engager le dialogue avec son professionnel de santé lors d'une consultation.

FIGURE 1 : MÉTHODES DE CONTRACEPTION UTILISÉES EN FRANCE EN 2016 PAR LES FEMMES CONCERNÉES PAR LA CONTRACEPTION SELON LEUR ÂGE

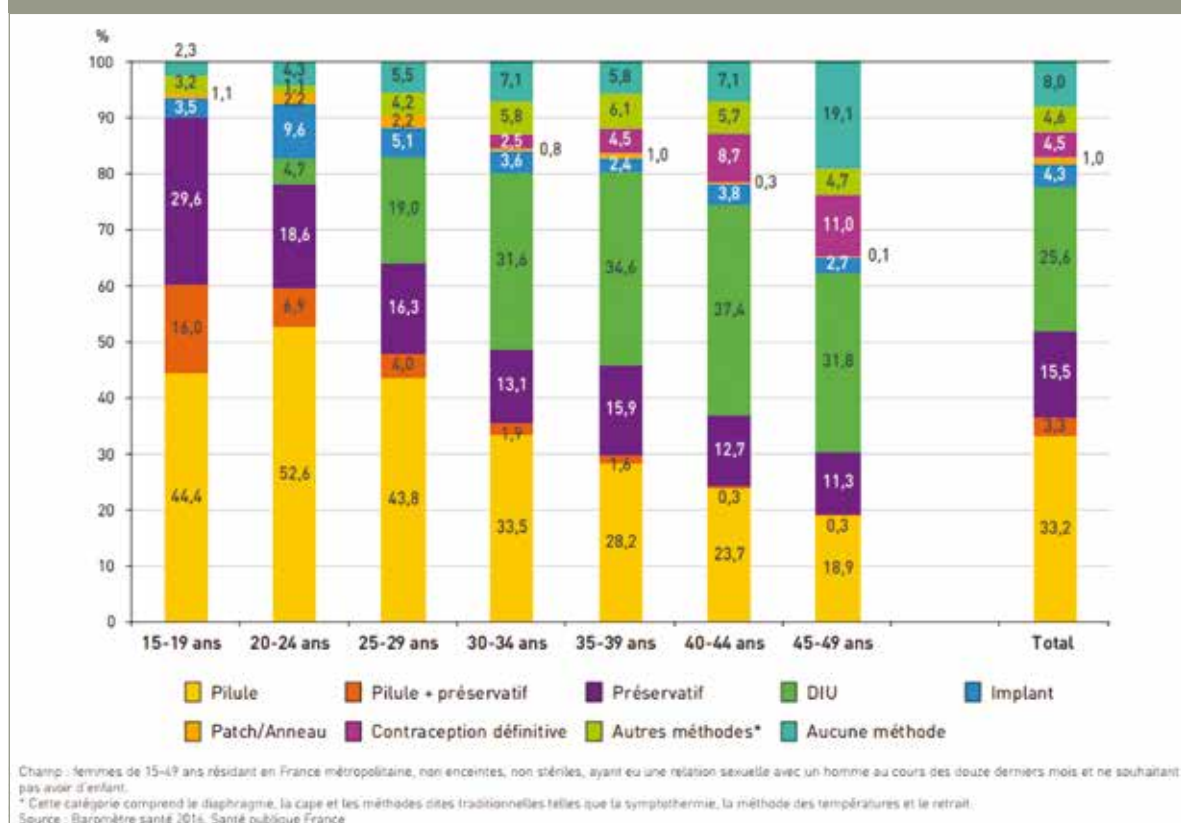


FIGURE 2 : LES RÉSULTATS



Parce que la contraception n'est pas seulement une affaire de femme, Santé publique France travaille à l'adaptation d'un questionnaire pour les hommes. •

TESTÉ ET APPROUVÉ PAR LES UTILISATRICES

Pour répondre au mieux aux attentes des femmes, un test de l'outil a été réalisé auprès de 2 614 femmes qui souhaitent changer de contraceptif, démarrer une contraception ou qui n'étaient pas satisfaites de leur contraception actuelle.

Les résultats de cette évaluation viennent appuyer la légitimité de l'outil : 95 % des répondantes disent se sentir concernées par l'outil. Les femmes ont très majoritairement considéré que le questionnaire était compréhensible (99 %), facile à remplir (98 %) et utile pour se poser des questions sur la contraception (97 %).

Parmi les utilisatrices ayant testé en avant-première l'outil, 87 % se sont vues proposer des méthodes de contraceptions auxquelles elles n'avaient pas forcément pensé.

Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE (Extraits)

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, FÉVRIER 2020

LES CONSÉQUENCES DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

Tous les types de mutilation sexuelle féminine peuvent avoir chez la mineure et la femme des conséquences dramatiques, telles que des conséquences :

- médicales immédiates pouvant aboutir à leur décès ;
- psychologiques, somatiques à moyen et long terme ;
- obstétricales et sexuelles.

Les conséquences sont identiques voire plus graves lorsque les mutilations sont pratiquées par des professionnels de santé et/ou dans un environnement médicalisé.

Le groupe de travail souhaite que le terme « mineure » remplace les termes de fille et enfant. En précisant que c'est au sens de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant de 0 à 18 ans.

Au vu des complications sur la santé entre autres, la prévention est primordiale. Il est recommandé pour les professionnels en lien avec la famille et les enfants d'évaluer et de prévenir par tous moyens le risque de mutilation sexuelle féminine.

LES CONSÉQUENCES MÉDICALES IMMÉDIATES

Conséquences médicales immédiates des mutilations sexuelles féminines

- Décès par hémorragie grave, septicémie, choc neurogénique
- État de choc psychotraumatique
- Saignements, hémorragies
- Douleur intense
- Lésions traumatiques des organes voisins : l'urètre, etc.
- Troubles urinaires : rétention urinaire réflexe ; dysurie
- Infections aiguës internes et externes de l'appareil génito-urinaire
- Facteur de risque possible de transmission des maladies hématogènes virales et bactériennes comme le tétanos, le VIH, les hépatites B et C, le virus d'herpès simplex
- Fractures des membres (humérus, fémur, clavicules) en lien avec la contention et les mouvements de défense de la mineure ou de la femme

LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES

Les séquelles psychologiques des mutilations sexuelles féminines sont très fréquentes et participent au risque accru de développer des troubles psychiatriques et psychosomatiques. Elles s'inscrivent dans le continuum des violences faites aux femmes et aggravent leur vécu (mariage précoce, violences au sein du couple, violences intrafamiliales, sexuelles etc.).

Conséquences psychologiques des mutilations sexuelles féminines

- Troubles du stress post-traumatique par exemple : reviviscences diurnes et nocturnes (cauchemars) etc. Se référer au DSM 5 et à la CIMS 11
- États dissociatifs post-traumatiques (par ex. : détachement, absence d'affect lors de l'évocation de la mutilation)
- Dépression, comportement suicidaire
- Troubles du comportement
- Anxiété, phobies électives, angoisse des rapports sexuels et de l'accouchement
- Repli sur soi, perte de l'estime de soi, sentiment d'être différente, anormale, de honte, sentiment d'injustice, de colère

LES CONSÉQUENCES URO-GYNÉCOLOGIQUES À MOYEN ET LONG TERME

La nature et la gravité des complications uro-gynécologiques dépendent du type de mutilation sexuelle féminine.

• Les complications de type I et II

Les complications des mutilations sexuelles féminines de type I et II

- Douleurs chroniques vulvaires et pelviennes
- Mauvaise qualité de cicatrisation en raison de l'absence de conditions d'asepsie et l'absence de suture
- Cicatrices chéloïdes, névromes cicatriciels, kystes épidermiques, kystes des glandes vulvaires
- Diminution des rapports sexuels (apareunie, dyspareunie, fonction sexuelle altérée)
- Dysménorrhée, d'origine psychotraumatique
- Pseudo-infibulation par accollement des petites lèvres

• Les complications de type III

Ces complications s'observent principalement dans les pays où se pratiquent les mutilations sexuelles féminines de type III. En France ces complications sont beaucoup plus rares.

Les complications des mutilations sexuelles féminines de type III

- Hématocolpos, infections génitales chroniques
- Infertilité en raison d'une augmentation des infections génitales hautes à répétition
- Dysurie et ses conséquences : par exemple infections urinaires récidivantes ou obstructions pouvant entraîner une insuffisance rénale chronique, notamment pendant la grossesse
- Dystocie, fistules vésico-vaginales, recto-vaginales, avec un risque d'exclusion sociale dans les pays d'origines où l'accès aux soins peut être difficile
- Augmentation des pathologies de la grossesse (menace d'accouchement prématuré, mort fœtale in utero)

LES CONSÉQUENCES SEXUELLES

Les troubles sexuels ne sont pas corrélés au type de mutilation et peuvent être multifactoriels (par exemple, mariage forcé, violences sexuelles ou autres violences subies, psychotraumatismes).

Conséquences sexuelles des mutilations sexuelles féminines

- Troubles du désir (hypoactif), voire anaphrodisie (absence totale de désir)
- Anorgasmie, fréquence diminuée des orgasmes
- Difficultés dans la vie de couple
- Dyspareunies, parfois douleurs permanentes (liées à des névromes par exemple)
- Pénétrations vaginales impossibles (brides cicatricielles, souvent séquelles d'accouchements traumatiques), vaginisme

LES CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES

Lors de la grossesse, les mutilations sexuelles féminines sont associées à une augmentation du risque d'infection urinaire, de vaginose et par là même, à un risque discrètement augmenté d'avortements spontanés tardifs et de menaces d'accouchement prématuré.

Lors de l'accouchement, des complications obstétricales graves sont décrites dans les pays en voie de développement :

- **pour l'enfant** : dystocie d'expulsion en rapport avec l'obstruction vaginale, avec anoxie néonatale, séquelles neurologiques, décès perpartal ou néonatal ;
- **pour la mère** : fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, augmentation des pertes sanguines, augmentation du risque de césarienne et d'extractions instrumentales. Ces complications sont le plus souvent observées en cas d'infibulation.

Les complications obstétricales des mutilations sexuelles féminines sont variables en fonction :

- du type de mutilation ;
- de la situation socio-économique de la famille ;
- du contexte sanitaire des pays où a lieu l'accouchement qui peut être très variable en zone rurale ou urbaine.

Les publications sont nombreuses et contradictoires. On estime que lorsque la situation sanitaire n'est pas optimale, les mutilations sexuelles féminines de type III s'accompagnent d'une augmentation du nombre de décès per partum notamment en raison d'une dystocie mécanique. Cette dystocie peut également entraîner la survenue de fistules uro-génitales et ano-génitales par nécrose des tissus.

Des complications telles qu'une augmentation de la durée du travail, des épisiotomies, des déchirures ou de l'hémorragie de la délivrance sont rapportées. Ces complications sont à relativiser en fonction de l'âge de la parturiente (grossesses parfois ultra-précoces) et en l'absence d'une aide médicale professionnelle formée à ce type complications.

Dans les pays où l'accouchement est médicalisé, la désinfibulation des mutilations sexuelles féminines de type III permet un accouchement dans des conditions proches de la normale et les mutilations de type II semblent principalement associées à une augmentation des déchirures périnéales antérieures.

ÉVALUER LE NIVEAU DE RISQUE DE MUTILATION SEXUELLE FÉMININE

LES FACTEURS DE RISQUE POUR UNE PATIENTE DE SUBIR UNE MUTILATION SEXUELLE FÉMININE

Il est recommandé de rechercher ces éléments pour évaluer le risque pour une patiente de subir une mutilation sexuelle féminine. L'un de ces critères peut suffire à alerter le professionnel de santé et à mettre en place les mesures de prévention (Se référer au chapitre 6 de la recommandation : « *Conduite à tenir pour la protection des mineures face à un risque d'une mutilation sexuelle féminine* »).

- Une mineure dont le père et/ou la mère vient d'une communauté pratiquant les mutilations sexuelles féminines.
- La famille est originaire d'une communauté qui est connue pour pratiquer les mutilations sexuelles féminines. Une femme peut être victime d'une pression exercée par son conjoint ou par d'autres membres de sa famille ou de celle de son conjoint ou de sa belle-famille. Elle peut être amenée à autoriser voire, à organiser la mutilation de sa propre fille.
- La mère de la fille, sa sœur, sa cousine ont subi une mutilation sexuelle féminine. À défaut, un membre de la famille (grand-mère, tante, etc.) se chargera de faire pratiquer la mutilation sexuelle féminine, avec ou sans l'accord des parents (père et/ou mère), partant du principe que le collectif prime sur l'individu.
- La famille indique que des personnes de leur communauté ont un niveau d'influence très élevé ou que ces personnes sont impliquées dans l'éducation des petites filles.

Lorsque l'on aborde le sujet des mutilations sexuelles féminines avec la famille :

- La famille croit que les mutilations sexuelles féminines sont essentielles à sa culture, à ses coutumes, ou à sa religion.
- Les parents minimisent les risques de santé et de mortalité liés aux mutilations sexuelles féminines.
- Ils méconnaissent la législation française et celle du pays d'origine. Les parents pensent que le risque légal de pratiquer une mutilation sexuelle féminine sur

leur enfant est moindre pour eux s'ils sont à l'extérieur de la France.

LES INDICATEURS SPÉCIFIQUES CHEZ UNE MINEURE

Naître d'une mère qui a subi une mutilation sexuelle féminine constitue un facteur de risque important. Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées à tout âge et dans le contexte familial.

Le fait d'avoir quitté son pays d'origine ne suffit pas toujours à assurer la protection de la fille. Cette situation peut à l'inverse constituer un risque renforcé par un repli identitaire.

- Les parents envisagent un voyage pour leur fille à l'étranger y compris en Europe. Différents motifs peuvent être invoqués (fête familiale, maladie d'un proche, etc.) ou indiquent qu'ils ont l'intention d'emmener leur fille à l'étranger pour une période prolongée.
- La mineure confie au professionnel de santé qu'elle va participer à une fête, un rituel particulier, « comme un baptême », où elle recevrait « des cadeaux », « une belle robe », à une occasion de « devenir une femme » ou qu'elle va partir pour de longues vacances.
- La famille n'assure pas le suivi médical de la mineure (par exemple carnet de santé vide).
- Les parents envisagent un voyage ou un retour au pays d'origine. (Les parents demandent une vaccination, une prophylaxie pour un voyage à l'étranger, la mineure vient d'être vaccinée contre la fièvre jaune). Le voyage peut ne concerner que les filles de la famille.
- Un parent ou un membre de la famille, de l'entourage exprime son inquiétude sur le risque d'une mutilation sexuelle féminine pour une mineure.
- La mineure parle de mutilation sexuelle féminine lors d'une conversation en parlant par exemple d'une autre enfant. Ne jamais minimiser ce risque quand l'enfant se confie ou fait part de son inquiétude.
- Une mineure demande de l'aide à un adulte car elle est informée ou elle suspecte qu'elle risque de subir une mutilation sexuelle féminine.

COMMENT ABORDER LA QUESTION DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES AVEC LES PATIENTES (FEMMES, MINEURES)

Il est recommandé pour une première consultation où l'on souhaite aborder la question des mutilations sexuelles féminines quel que soit le motif, que la patiente soit vue seule.

Il est recommandé dans la mesure du possible pour une patiente mineure, et selon son niveau de discernement, de la voir seule en consultation pour parler des MSF.

Il est recommandé :

- d'aborder le sujet sans craindre de heurter la personne chaque fois qu'il existe des facteurs de risque ;
- de connaître un minimum le sujet et de s'assurer que l'on dispose du temps approprié pour écouter la patiente.

Utiliser un interprète

Le recours à un organisme d'interprétariat est indispensable en cas de barrière linguistique. Il est recommandé de favoriser un interprète exerçant dans des organismes agréés par les institutions publiques (hôpitaux, conseils départementaux, ARS, etc.) lorsque cela est possible¹.

L'interprète ne doit jamais être :

- un membre de la famille ;
- ou connu comme ayant une influence sur la mineure ou la femme ;
- ou faisant partie de la communauté dont est originaire la patiente.

Il est recommandé lors d'un recours à un interprète de noter son nom et le service auquel il appartient. Il est recommandé dans le cas d'une impossibilité de recourir à un interprète, d'orienter la femme vers une structure de soins spécialisés ou une association² s'occupant des mutilations sexuelles féminines.

ABORDER LE SUJET SEREINEMENT AVEC LES PATIENTES

Il est recommandé de :

- partir du savoir et du vocabulaire de la patiente, apprendre de ses dires ;
- utiliser un vocabulaire adapté accessible ; essayer, avec la patiente ou sa

1. Se reporter au référentiel : Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé de HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compétences....pdf
2. Se référer à l'annexe 7 de la recommandation « Associations. Sites de référence. Outils ».

- famille, des mots pour désigner les mutilations sexuelles féminines comme : « *la tradition* », « *la coutume* » ou « *le rituel* » ; « *le sexe coupé* », « *esquizeé* », « *excisé* », « *infibulé* », ou « *coupé en bas* » (en désignant avec la main le bas du ventre) ;
- essayer d'identifier ce dont la patiente est prête à parler, ce dont elle veut parler, et partir de cela pour entamer la discussion. Ne pas anticiper les choses à sa place ;
 - être patient, car la relation de confiance peut prendre du temps à s'installer au vu des violences vécues (mutilations sexuelles féminines, mariage précoce et/ou forcé, viols) ;
 - ne pas utiliser les termes « normal » et « anormal » car la norme est une chose toute relative ;
 - déculpabiliser et déresponsabiliser la patiente ;
 - ne pas banaliser, ni minimiser, ni justifier les mutilations sexuelles féminines ;
 - ne pas porter de jugements, et tenir compte du fait que la patiente puisse vivre un conflit de loyauté avec ses parents ou sa communauté d'origine, ce qui rend sa démarche encore plus compliquée ;
 - reconnaître les émotions de la patiente par rapport à la menace vécue ou les mutilations sexuelles féminines subies (la peur, l'angoisse, la colère...).

CONSEILS POUR MENER UN ENTRETIEN AVEC LES PATIENTES

Différentes situations peuvent être rencontrées par le praticien.

Il est recommandé de ne pas avoir de réaction trop vive ou inappropriée lorsque l'on n'est pas familier avec ce type de violence faite aux femmes. Les patientes peuvent se sentir humiliées ou agressées par ces attitudes.

Il est proposé de débiter le questionnement par une question du type : « *Vous venez d'un pays où peuvent se pratiquer les excisions* ». « *Savez-vous si vous êtes excisée ?* ». « *Connaissez-vous des femmes qui ont été excisées dans votre famille ?* ».

■ La patiente sait qu'elle est mutilée

Il est recommandé :

- d'ouvrir le dialogue si elle le souhaite ;
- d'évaluer l'impact de la mutilation sur sa vie et sa santé ;

- d'organiser la prise en charge sur le plan médical, psychologique, social et sexuel si telle est sa demande ;
- de lui demander si elle a des enfants et si oui, des filles vivant en France ou à l'étranger ;
- d'évaluer les risques de mutilation sexuelle féminine chez ses filles et celles à naître pour éviter qu'elles n'en soient un jour victimes.

Compte tenu de ses réponses et éventuellement de celles du père, mettre en place toutes les mesures de prévention et de protection de l'enfance.

La patiente ne souhaite pas en parler

Si toutefois, la patiente ne souhaite pas parler de sa propre excision, il est recommandé d'aborder systématiquement le sujet des mutilations sexuelles féminines en prévention pour ses filles et les mineures de son entourage.

Elle pourra, à son rythme, reprendre le dialogue si elle le souhaite. Il est important de l'informer et qu'elle comprenne que vous serez particulièrement vigilant pour ses filles. (Il est recommandé d'évaluer les risques de mutilation sexuelle féminine chez ses filles et d'organiser la prévention).

Il est recommandé alors d'informer la patiente que le professionnel reste disponible et/ou de l'orienter vers un lieu spécialisé.

■ Si la patiente ignore sa mutilation lors d'un l'examen gynécologique

Les mutilations sexuelles féminines étant un crime, avant tout examen le praticien doit préciser à la patiente :

- qu'en cas de découverte d'une mutilation, il est dans l'obligation de l'informer des conclusions de l'examen ;
- qu'il est à sa disposition pour échanger dans le respect de ce qu'elle souhaite en savoir.

L'annonce constitue un événement majeur dans la vie de cette patiente. Il est nécessaire de faire l'annonce avec tact. L'annonce doit être suivie d'un temps suffisant pour en parler, quitte à reporter l'annonce dans un temps dédié.

Le fait de ne pas en parler peut entraîner de graves conséquences :

- pour elle-même (la femme peut ressentir de la honte ou un manque de confiance ultérieure envers les professionnels de santé) ;

- pour le risque de mutilation sexuelle féminine encouru par ses filles.

Il est recommandé d'être attentif aux demandes indirectes.

Il peut être utile de recourir à des outils pédagogiques et d'informations sur les mutilations sexuelles féminines (se référer à l'annexe 7 de la recommandation « *Associations, Sites de références, Outils* »).

CONSEILS SPÉCIFIQUES POUR MENER UN ENTRETIEN AVEC UNE MINEURE

Les jeunes filles peuvent se confier d'une manière indirecte « *moi non, mais j'ai une amie que je connais* » car elles peuvent avoir des notions d'interdit, des sentiments de peur ou de honte. Dans ce cas il est proposé de donner une réponse indirecte : « *vous direz à votre amie qu'elle peut venir en parler avec moi* ».

■ Des questions sur les circonstances d'un éventuel voyage en projet

Lorsqu'il a connaissance d'un voyage dans un pays où se pratiquent les mutilations sexuelles féminines, le professionnel doit poser des questions notamment sur les motifs de ce voyage, ses modalités :

« *J'ai appris que tu allais partir en voyage au [préciser le pays], est-ce que tu peux m'en parler ?* », « *Avec qui est-ce que tu pars ?* », « *Qu'allez-vous faire ?* », « *Est-ce que tu as envie de partir ?* », « *Est-ce que tu as peur qu'il t'arrive quelque chose durant ce voyage ?* », « *Quand est-ce que tu pars ?* ».

Sans évoquer directement les mutilations sexuelles féminines, certaines réponses de la mineure peuvent constituer des indices de l'existence d'un risque de mutilation sexuelle féminine : « *Je dois aller à une grande fête ou à une fête comme un baptême* », « *Je dois avoir ou j'ai reçu des cadeaux, une belle robe* », « *Je dois aller voir ma grand-mère, ma tante, qui est malade* », « *Je vais au mariage de ma cousine* », « *Je ne pars qu'avec mes sœurs ou mes cousines* ».

■ En cas de doute sur une mutilation subie

Le professionnel peut poser des questions sur les troubles et les difficultés repérés.

Le professionnel peut partir des troubles et des difficultés constatées

ou rapportées chez la mineure pour initier un échange avec elle. Il s'agit de lui offrir un espace lui permettant de révéler d'éventuelles violences subies, notamment une menace ou une mutilation sexuelle féminine subie.

- « *Je m'inquiète pour toi, tu as l'air fatiguée/inquiète/contrariée* ».
- « *Je m'inquiète pour toi au sujet de tes absences scolaires répétées/de la chute de tes résultats* ».
- « *J'ai constaté que tu avais des difficultés à te concentrer, est-ce que tu peux me dire ce qu'il se passe ?* ».
- « *Je souhaiterais savoir comment les choses se passent à la maison, avec tes parents* ».

ABORDER LE SUJET DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES AVEC LES PARENTS D'UNE MINEURE

Il est recommandé d'identifier à la naissance le risque de mutilation sexuelle féminine afin que les mesures de prévention et de protection soient prises et maintenues. Il est important d'aborder le sujet avec le ou les parents.

Il peut arriver, au cours de la discussion, que l'on décèle une discordance d'opinion entre les deux adultes responsables de l'enfant.

Échanger sur les mutilations sexuelles féminines, c'est d'abord avoir une posture d'écoute bienveillante sans jugement sur une tradition, une coutume ou une culture familiale (non seulement la maman de la mineure peut être excisée mais aussi la mère du père de la mineure, ses tantes...).

Lors de la discussion avec les parents, les futurs parents, il est recommandé d'aborder progressivement, la question des mutilations sexuelles féminines pour la petite fille à naître et d'éventuelles aînées.

Il est recommandé :

- d'expliquer les conséquences immédiates et à moyen-long terme sur la santé de la mineure puis de la future femme ;
- de rappeler la loi en précisant que quel que soit le pays où cela pourrait se commettre :
 - la mineure résidant habituellement en France (sans condition de nationalité) est protégée par la loi française,
 - les auteurs ou complices sont soumis à la loi française (les mutilations sexuelles féminines sont un crime),

- les mutilations sexuelles féminines sont formellement interdites par la loi en France et dans de nombreux pays ;

- en leur remettant des documents d'information. Se référer au site :

<https://stop-violences-femmes.gouv.fr>

Il est recommandé ensuite de noter sur le carnet de santé ainsi que dans le dossier professionnel « *prévention excision avec les deux parents* ». En cas de rendez-vous programmé avec un interprète, cette notion doit être notée aussi.

Il est recommandé d'aborder le sujet des mutilations sexuelles féminines à des moments clés de la vie de la mineure :

- pour la nouvelle-née lors du premier examen ;
- lors de tout premier contact avec l'enfant ;
- lors d'un examen médical (vaccin, certificat de sport, etc.) ;
- avant le départ et au retour d'un voyage à l'étranger, pour les vacances ou hors vacances scolaires.

LES SIGNES ÉVOCATEURS D'UNE MUTILATION SEXUELLE FÉMININE RÉCENTE SUR UNE PATIENTE

Il peut arriver qu'une patiente révèle spontanément une mutilation sexuelle féminine subie à un professionnel.

Cependant, dans la majorité des situations, ces violences sont non visibles et/ou tues. Les victimes n'en parleront pas spontanément.

Le cumul des signaux présentés ci-dessous doit être pris en considération et conduire le professionnel à envisager la possibilité que la patiente soit victime de mutilation sexuelle féminine.

Il est recommandé d'évoquer qu'une mutilation sexuelle féminine récente a été effectuée chez une patiente devant les signes suivants :

- modifications du comportement et de l'humeur : abattement, dépression, anxiété, signes d'envahissement émotionnel et psychologique, manque de concentration, chute des résultats scolaires, trouble des comportements alimentaires, tristesse, peurs, rigidité, mutisme et le repli sur soi ;
- fugues ;
- agressivité envers les autres et soi-même ;

- confiance, demande d'aide auprès d'un professionnel de santé mais sans expliquer quel est le problème ;
- difficultés à marcher, à s'asseoir, douleurs, sensation d'inconfort entre les jambes, douleur au niveau de la cicatrice ;
- douleurs pendant les règles entraînant des absences répétées de la mineure souvent non justifiées par un certificat médical ;
- difficultés pour uriner. Cela peut conduire à des demandes répétées de se rendre aux toilettes, à des séjours prolongés dans les toilettes ;
- crainte ou impossibilité d'effectuer certains mouvements : certaines mineures vont refuser de participer à des activités sportives, ou demander à être excusée des cours d'éducation physique sans un mot du médecin traitant ;
- refus de l'examen médical ;
- sections manquantes dans le carnet de l'enfant, voire absence du carnet de santé ;
- absentéisme inattendu et prolongé de l'école ou du collège ou de la crèche, de la halte-garderie ; absence de retour à l'école après des vacances scolaires prolongées (envisager le retour au pays pour être mutilée sexuellement et/ou mariée de force précocement ou non).

Il est recommandé de se référer au chapitre 4 de la recommandation « *Comment aborder la question des mutilations sexuelles féminines avec les patientes (femmes, mineures)* »

CONDUITE À TENIR POUR LA PROTECTION DES MINEURES FACE À UNE MUTILATION SEXUELLE FÉMININE

LES MOYENS DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION

■ Évaluer la situation globale de la mineure

En cas de menace de mutilation sexuelle féminine, le professionnel doit évaluer l'imminence du danger, à partir :

- des facteurs de risque (se référer au chapitre 3 : « *Évaluer le niveau de risque de mutilation sexuelle féminine* », et au chapitre 3.2 : « *Les indicateurs spécifiques chez une mineure* ») ;
- des échanges avec les parents ou avec la mineure ;

- d'un possible départ imminent.
Le professionnel peut s'aider :
 - de l'assistance et de l'accompagnement auprès du 119 (*Enfance en danger*)³ ;
 - du médecin de la cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil départemental (CRIP) ;
 - ou d'un professionnel de la CRIP (si connu) ;
 - ou d'un médecin de PMI ;
- des associations spécialisées.

■ Le scénario de protection pour les mineures

Conseils à la mineure

Le professionnel de santé peut donner à la mineure menacée de mutilation sexuelle féminine en fonction de son âge et de ses capacités quelques conseils simples qui lui permettront de réagir en cas de situation d'urgence :

- contacter les numéros d'appel d'urgence : le 17 (police), 114 (contact par SMS pour les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des difficultés à s'exprimer) ;
- contacter :
 - le 119 (*Enfance en danger*) qui n'est pas un numéro d'appel d'urgence mais un numéro d'écoute de soutien, localement, et éventuellement, d'orientation par leurs soins vers les services de protection de l'enfance adaptés,
- de s'appuyer sur l'infirmière de l'Éducation nationale⁴ ;
- de prendre contact avec la PMI près de chez elle ;
- d'identifier parmi ses proches (à l'école, son voisinage, le médecin de famille, etc.) ceux et celles qui peuvent constituer un soutien ;
- de s'informer si des sœurs peuvent être concernées ;
- en dernier recours à l'aéroport, de se signaler aux agents de sécurité ou aux autorités (par exemple glisser un petit papier « SOS excision », se rouler par terre, faire un esclandre, etc.) ; pour pouvoir être prise individuellement par les autorités et pouvoir parler.

Conseils aux parents

Il est recommandé de fournir aux parents des certificats et une attestation sur lesquels les parents pourront s'appuyer pour protéger leurs enfants :

- un certificat médical de non-excision pour leurs filles, (se référer à

l'annexe 5 « *Certificat médical de non-excision* ») avec un contre-examen à la date de retour indiquée ;

- une attestation précisant les risques juridiques et financiers et les complications pour la santé de la mineure. Plus le professionnel remet de documents (assortis d'un ou plusieurs tampons), aux parents, plus l'effet est dissuasif.

Il est recommandé de les mettre en contact avec des associations spécialisées.

Prévention

La prévention est un levier essentiel dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines. En parler permet de lever le tabou et parfois de libérer la parole. Il est recommandé au praticien de les évoquer en adaptant son discours au degré de compréhension de la mineure et/ou de la femme et/ou des parents.

Informier et sensibiliser les jeunes sur l'existence de ces mutilations, leur illégalité et leurs conséquences néfastes ainsi que sur les possibilités d'accueil et de prise en charge des victimes ou potentielles victimes est important. Le professionnel de santé peut également s'appuyer sur les structures existantes et en informer la patiente afin de favoriser un meilleur maillage à l'écoute de cette dernière (par exemple : PMI, infirmier(e) s de l'éducation nationale).

CONDUITE À TENIR POUR LE PROFESSIONNEL EN CAS D'UN RISQUE IMMINENT DE MUTILATION SEXUELLE FÉMININE POUR UNE MINEURE : SIGNALEMENT AUPRÈS DU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

Le risque imminent d'une mutilation sexuelle féminine constitue une situation d'une extrême gravité.

Face à un risque imminent de mutilation sexuelle féminine le professionnel doit faire en premier lieu un SIGNALEMENT et en urgence⁵ :

C'est-à-dire que le professionnel DOIT :

- **Informier le Procureur de la République** du Tribunal de Grande Instance du ressort du domicile de la patiente ou de la mineure **par téléphone, télécopie ou courriel** avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence).

Si dans l'urgence le procureur a été averti uniquement par téléphone et télécopie, le signalement sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le professionnel s'assurera de sa réception. (Se référer à l'annexe 3 : « *Formulaires de SIGNALEMENT* »).

- **Adresser** une copie de ce document écrit à l'attention du médecin ou du responsable de la **Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes** du Conseil Départemental (CRIP).

Il est recommandé au professionnel de santé de conserver un double de cet écrit et d'en faire mention dans le dossier médical.

Il est recommandé à ce stade de ne pas informer les parents pour ne pas faire courir un risque supplémentaire à la mineure.

Le Procureur de la République ou un Juge des Enfants, lorsque toute autre méthode de prévention semble vouée à l'échec, peut produire une interdiction de sortie du territoire. Il peut également faire appel aux forces de police ou de gendarmerie (Brigade de protection des Mineurs et/ou des Familles) pour faire un rappel à la loi rigoureux.

Certains procureurs peuvent également proposer un examen des OGE de l'enfant avant le départ et au retour ; avec sanction en cas de manquement au droit français.

Le Procureur de la République dispose d'une large gamme de pouvoirs permettant de protéger l'enfant allant de la saisine du juge des enfants par requête, en assistance éducative, à la décision d'une ordonnance de placement provisoire pour protéger l'enfant si celui-ci l'estime nécessaire.

3. Se référer à l'annexe 6 « *Numéros en cas d'urgence* »

4. Accessible gratuitement et sans formalité au sein de tous les établissements publics locaux d'enseignement.

5. Se référer au chapitre « *Obligation de signalement pour tout citoyen* » en annexe 2 « *Au regard des textes légaux* » de la recommandation. L'article 226-14 du code pénal prévoit expressément la levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives » du fait de mutilation sexuelle féminine. <https://www.legifrance.gouv.fr/affich-CODEArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031428820&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20151107>

La saisine du Procureur de la République constitue alors le point de départ d'un examen judiciaire de la situation et de l'enquête.

Il est recommandé de prendre en considération l'existence d'un risque identique pour les sœurs.

Il est conseillé de procéder à un examen de la région vulvaire.

La mention de cette information sur les mutilations sexuelles féminines ainsi que l'examen des organes génitaux externes seront explicitement consignés dans le dossier médical.

Le signalement n'empêche pas la poursuite du suivi par le professionnel de santé, bien au contraire.

Il est utile d'informer les parents sur la nécessité de respecter l'intégrité physique de leur enfant et éventuellement de leur remettre un certificat médical indiquant l'absence de mutilation sexuelle féminine au jour de l'examen, sur papier à en-tête, signé et tamponné.

La rédaction d'un tel certificat médical peut être dissuasive.

La famille est alors informée que :

- le même examen médical sera réalisé au retour (se faire préciser la date de retour prévue) ;
- la loi oblige tous les professionnels de santé, à signaler aux autorités compétentes toute connaissance de mutilations sexuelles féminines, considérées comme un crime en France, comme dans de nombreux pays.

CONDUITE À TENIR POUR LE PROFESSIONNEL ⁶ EN CAS DE RISQUE NON IMMINENT DE MUTILATION SEXUELLE FÉMININE : INFORMATION PRÉOCCUPANTE À LA CELLULE DE RECUEIL DES INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES

Face à un risque non imminent de mutilation sexuelle féminine, le professionnel doit rédiger une INFORMATION PRÉOCCUPANTE à la cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil départemental (CRIP).

C'est-à-dire qu'il doit alerter la **Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP)** en rédigeant et en adressant au **médecin ou au responsable de la CRIP** un document écrit avec les éléments qui l'amènent à évaluer la présence de ce risque. Se référer à l'annexe 4 : « formulaire INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES ».

À partir de cette information préoccupante, la CRIP, (en vertu de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant), fait réaliser « l'évaluation de la situation [de la] mineure [...] par une équipe pluridisciplinaire de professionnels [...] ». À cette occasion, la situation des autres mineur[el]s présent[el]s au domicile est également évaluée ».

Il est recommandé que le professionnel de santé informe les parents de l'envoi de l'Information Préoccupante.

EN CAS DE CONSTAT D'UNE MUTILATION SEXUELLE CHEZ UNE MINEURE : SIGNALEMENT AUPRÈS DU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

Face à un constat de mutilation sexuelle féminine, le professionnel ⁷ doit faire un SIGNALEMENT en premier lieu et en urgence :

C'est-à-dire que le professionnel **DOIT** sans délai :

- **Informé le Procureur de la République** du Tribunal de Grande Instance du ressort du domicile de la patiente ou de la mineure **par téléphone, télécopie ou courriel**, avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence).
- Si, dans l'urgence, le procureur a été averti uniquement par téléphone et télécopie, le signalement sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le professionnel s'assurera de sa réception. (Se référer à l'annexe 3 : « Formulaires de SIGNALEMENT »).

Il est recommandé de prendre attache téléphoniquement auprès du Procureur de la République si possible (un membre du parquet est systématiquement de permanence) pour connaître la position à tenir en cas de constatation.

Une copie sera adressée au Président du Conseil départemental afin que celui-ci soit également informé de l'existence d'une mineure en danger sur son territoire.

La question de l'éloignement de l'enfant de la cellule familiale se posera en urgence par les services d'enquête et du parquet de manière à assurer une protection de la victime.

Il est recommandé au professionnel de rechercher l'existence de sœurs dans la fratrie et de le mentionner dans le certificat.

Pour ne pas entraver l'enquête judiciaire, il est recommandé de ne pas informer les parents de cette démarche de signalement et de ne pas les interroger sur les circonstances (lieu, date etc.) de la mutilation sexuelle féminine.

Ce signalement n'impactera pas la prise en charge ultérieure de la mineure comme de la famille.

Il est recommandé au professionnel :

- de remettre aux familles des documents d'information (se référer au site <https://stop-violences-femmes.gouv.fr>) ;
- d'adresser les familles vers des associations, si elles le souhaitent (se référer à l'annexe 7 « Associations, Sites de références, Outils »).

CONDUITE À TENIR POUR UNE PATIENTE MAJEURE FACE AUX MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

SI LE RISQUE CONCERNE UNE PATIENTE MAJEURE

Il est recommandé de l'orienter vers :

- le 3919 (femmes violences info numéro vert) ;
- une association spécialisée ;
- une association du réseau France Victimes ;
- un centre d'information des droits des femmes et des familles (CIDFF).

Se référer à la liste des associations de l'annexe 7 des recommandations.

Pour un hébergement d'urgence, il est recommandé d'appeler le 115 et de l'orienter vers l'assistante sociale de la mairie de son domicile.

Dans le cas d'un **risque imminent** de mutilation chez une femme majeure,

6. Se référer au chapitre « Obligation de signalement pour tout citoyen » en annexe 2 « Au regard des textes légaux » de la recommandation. L'article 226-14 du code pénal prévoit expressément la levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives » du fait de mutilation sexuelle féminine.

7. Se référer au chapitre « Obligation de signalement pour tout citoyen » en annexe 2 de la recommandation « Au regard des textes légaux ».

on rentre dans le cadre des dispositifs de mise à l'abri des femmes en danger. Il est recommandé d'appeler le 17.⁸

Il est rappelé au praticien qu'il ne peut pas signaler aux autorités en l'absence de consentement de la patiente (à l'inverse des mineures).

EN CAS DE MUTILATION AVÉRÉE D'UNE PATIENTE MAJEURE

Il est rappelé au professionnel que :

- si la patiente est majeure « non vulnérable », il n'y a pas d'obligation de signalement. Le professionnel ne peut pas signaler aux autorités en l'absence de consentement de la patiente (à l'inverse des mineures) ;
- si la patiente « *n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* »⁹, il y a une obligation de signaler.

Il est recommandé d'informer la victime de ses droits.

Les mutilations sexuelles féminines sont une infraction punie par le code pénal. Une femme qui a été mutilée pendant sa minorité **peut porter plainte jusqu'à trente ans après sa majorité, c'est-à-dire jusqu'à ses 48 ans.**

La révélation des faits constitue toujours un moment compliqué pour la victime. Il apparaît donc indispensable qu'elle soit accompagnée.

Il est recommandé de l'orienter :

- vers une association d'aide aux victimes conventionnée par le ministère de la justice, compétente pour l'accompagner dans le cadre de son parcours judiciaire ;
- vers un Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) ;
- ou le 3919 (Violences femmes info¹⁰) ;
- ou le 116 006 (numéro d'aide aux victimes¹¹).

• ou une association spécialisée qui peut l'accompagner vers un dépôt de plainte ;

• ou vers le Tchat du signalement anonyme en ligne de violences sexuelles et sexistes¹².

(Se référer à la liste des associations, annexe 7 des recommandations).

Il est recommandé de dépister les autres formes de violences. Une femme victime de mutilation sexuelle féminine encourt un risque accru d'être victime d'autres formes de violences (violences au sein du couple, violences intrafamiliales, violences sexuelles, mariage forcé).

Il est recommandé au professionnel de questionner systématiquement la femme sur les violences subies afin de dépister ces violences et de l'orienter vers une protection et une prise en charge adaptée.

La prise en charge de la mutilation sexuelle féminine est traitée au chapitre 9.2 : « *Prise en charge d'une femme ayant subi une mutilation sexuelle féminine* ».

EXAMEN D'UNE PATIENTE AYANT SUBI UNE MUTILATION SEXUELLE FÉMININE

RAPPEL > Devant tout constat de mutilation sexuelle féminine chez une mineure, le professionnel est tenu de faire un signalement au Procureur de la République.

La législation n'impose pas qu'un examen des OGE soit effectué avant le signalement d'une suspicion de mutilation sexuelle féminine.

Tout certificat médical doit être rédigé après un examen clinique objectivant les lésions ou leur absence.

Les conseils suivants s'appliquent à toutes les patientes en prenant en compte les spécificités liées à leur âge et à leurs situations.

Suite à une mutilation sexuelle fémi-

nine, la patiente peut développer des troubles de stress aigu et des troubles de stress post-traumatique. Dans ce cas, la victime peut être confuse et dans l'incapacité de se souvenir de tout ou partie de ce qui s'est passé.

EXAMENS DES FEMMES ET JEUNES FILLES

L'examen d'une patiente nécessite une approche avec de la sensibilité en se rappelant que tout examen nécessite le consentement de la personne.

Comme pour tout examen médical les pratiques doivent être respectueuses, par exemple :

- Le respect du consentement.
- Il n'est pas nécessaire de déshabiller intégralement la patiente.
- Tout geste doit être expliqué.
- Ne pas inquiéter la patiente par une réaction inappropriée (verbale et non verbale). Les patientes n'ont pas forcément l'habitude d'un examen génital.

L'examen clinique des OGE ne constitue pas un examen gynécologique et ne nécessite pas la pratique d'un toucher vaginal ou l'utilisation d'un spéculum.

L'examen clinique permet de confirmer le diagnostic de mutilation sexuelle féminine. Il est recommandé de faire une évaluation des séquelles.

Il est recommandé de proposer à la femme ou à la jeune fille d'appuyer ses explications à l'aide d'un examen au miroir.

Il est recommandé d'utiliser la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé, ou de faire une description dans le dossier en précisant :

- la présence du capuchon clitoridien ;
- l'aspect du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres, du méat urinaire.

Un schéma peut être utile dans le dossier médical.

Il est recommandé d'expliquer à la patiente les résultats de l'examen clinique à l'aide d'outils pédagogiques : dessins, schémas, mannequins¹³.

En cas de doute diagnostique, il est impératif d'orienter la patiente sans rédiger de certificat médical vers un médecin spécialiste ou une équipe spécialisée dans les mutilations sexuelles féminines.

Il est recommandé de se référer sur le lien ci-dessous qui indique une liste actualisée de consultations et de services spécialisés en matière d'activités chirurgicales.

8. Se référer à l'annexe 6. « Numéros en cas d'urgence ».

9. L'article 226-14 du code pénal prévoit expressément la levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives » du fait de mutilation sexuelle féminine. Article 226-14 du code pénal Modifié par LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 - art. 1 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031428820&cidTexte=LEGITEX T000006070719&dateTexte=20151107>

10. Numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés. Appel anonyme et gratuit 7 jours sur 7, de 9 h à 22 h du lundi au vendredi et de 9 h à 18 h les samedis, dimanches et jours fériés

11. Numéro gratuit et ouvert 7 jours sur 7 de 9 h à 19 h.

12. <https://www.service-public.fr/cmi>, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

13. Par exemple se référer à l'annexe 7 « Associations, Sites de références, Outils » et au lien suivant : Pour les outils pédagogiques : <https://federationgams.org/outils-msf/>

<https://federationgams.org/wp-content/uploads/2019/02/Unit%C3%A9s-de-soins-aux-femmes-excis%C3%A9s-en-2018-1.pdf>.

Il est également recommandé de rechercher si elle a des filles et/ou des sœurs mineures et d'évoquer avec elle la prévention des mutilations sexuelles féminines pour ces dernières.

Concernant les mineures adolescentes, il est recommandé que le médecin lui rappelle :

- que la loi interdit ces violences ;
- qu'elle n'en est en rien responsable, quelles que soient les causes et les circonstances.

EXAMEN D'UNE PETITE FILLE, D'UN NOURRISSON

Il est recommandé que toutes les mineures bénéficient d'un examen régulier des organes génitaux externes dont les conclusions doivent être notées dans le carnet de santé.

Il est recommandé d'être vigilant par rapport aux mutilations sexuelles féminines.

Comme pour tout examen clinique, il est nécessaire :

- de parler à la mineure de façon adaptée à son âge et à son degré de compréhension ;
- de lui expliquer en quoi consiste l'examen clinique (oreilles, cœur, poumons, bouche, yeux et vulve) ;
- de rechercher une symptomatologie génito-urinaire lors de l'anamnèse ;
- de prendre le temps de rassurer la mineure ainsi que ses parents pour l'examen de la vulve car il ne s'agit pas d'un examen intrusif ;
- chez un nourrisson :
 - de donner des conseils sur l'hygiène de la vulve et des plis permettant notamment de s'assurer de l'intégrité des organes génitaux externes,
 - une mutilation de type I ancienne et déjà cicatrisée peut passer inaperçue chez un bébé mais une infibulation (type III) est par contre bien visible.

Si l'enfant manifeste une opposition (par exemple, serrer les jambes, hurlements) il est recommandé de ne pas insister.

Selon le contexte et l'évaluation du niveau de risque il est recommandé de proposer :

- un nouveau rendez-vous ;
- ou d'appeler la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes du Conseil départemental, (le médecin de préférence).

Il est rappelé que l'article 226-14 du code pénal prévoit expressément la levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives » du fait de mutilation sexuelle féminine. (Se référer à l'annexe 2 de la recommandation « Au regard des textes légaux »).

Il est recommandé de noter dans le carnet de santé et dans le dossier médical les conclusions de l'examen clinique, dont, les organes génitaux externes.

Certaines pathologies vulvaires chez la fillette peuvent, pour le clinicien non averti, avoir une apparence quelque peu semblable à celles de séquelles de mutilation sexuelle féminine (par exemple une coalescence des petites lèvres, une partie postérieure des petites lèvres non formées).

En cas de doute diagnostique, il est recommandé d'adresser l'enfant à un confrère expérimenté.

Cas particulier de motif d'examen clinique : demande de certificat « de non-excision » dans le cadre d'une demande d'asile à visée de protection de la mineure contre un risque de mutilation au pays.

Dans le cadre de la demande d'asile (protection internationale) auprès de l'Office de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA) ou de la Cour Nationale du droit d'asile (CNDA). Un certificat de non-mutilation de la mineure est demandé par ces instances. Ce certificat, et dans ce contexte spécifique, doit être rédigé par un médecin légiste au sein d'un service agréé (Unité médico-judiciaire).

Lors de cette demande d'asile afin de protéger sa fille, la mère demande généralement également un certificat constatant qu'elle a été mutilée. Ces certificats peuvent être réalisés par tous professionnels de santé expérimentés dans les mutilations sexuelles féminines ¹⁴.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE EN PREMIER RECOURS ET ORIENTATION

PRISE EN CHARGE D'UNE MINEURE AYANT SUBI UNE MUTILATION SEXUELLE FÉMININE

RAPPEL > Toute constatation de mutilation sexuelle féminine chez une mineure doit faire l'objet d'un signalement au procureur de la République. Une absence de signalement constitue une non-dénunciation de crime. Se référer au chapitre 6.4 « En cas de constat d'une mutilation sexuelle chez une mineure : Signalement auprès du Procureur de la République ».

Le signalement permet aussi de protéger d'éventuelles sœurs dans la fratrie.

Il est recommandé d'adresser cette mineure pour obtenir un bilan médical de la mutilation sexuelle féminine vers :

- un service de chirurgie pédiatrique ou une équipe multidisciplinaire expérimentée dans la prise en charge des mutilations sexuelles féminines ;
- ou vers un service de pédiatrie.

Ne pas hésiter à :

- contacter les médecins des associations spécialisées ¹⁵ ;
- informer la mineure de la présence d'infirmière de l'Éducation nationale et de l'inviter à lui en parler en cas de besoin ¹⁶.

L'équipe, le service multidisciplinaire évaluera la situation, ses causes et ses conséquences. L'objectif essentiel est de proposer un suivi de l'enfant (diagnostic et prise en charge précoce des complications).

Il est recommandé :

- que le service spécialisé et le médecin traitant de l'enfant travaillent de concert ;
- de proposer un suivi psychologique en s'appuyant sur la pédopsychiatrie de secteur.

Comment réagir lors de la révélation par une mineure de mutilations sexuelles féminines subies

Il convient de souligner l'acte de courage et de confiance de la part de la mineure que représente la révélation d'une mutilation sexuelle féminine.

14. Se référer à l'annexe 2 de la recommandation. « Au regard des textes légaux ».

15. Se référer à l'annexe 7 de la recommandation « Associations, Sites de référence, outils ».

À dire : « Tu as bien fait de venir me parler ». « C'est interdit en France ». « C'est ton corps, personne n'a le droit de te faire du mal ». « On n'a pas le droit de te faire cette violence ; ni en France, ni dans d'autres pays ». « Si tu veux, tu peux revenir me voir pour en parler ».

Il est recommandé d'avertir la mineure que le médecin est dans l'obligation d'informer les autorités compétentes.

À ne pas dire : « Ce n'est pas grave ». « Je vais garder ton secret ». « Je n'en parlerai à personne, cela restera entre toi et moi ». « Tout va s'arranger ». « Tes parents sont des barbares ».

PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME AYANT SUBI UNE MUTILATION SEXUELLE FÉMININE

Il est recommandé de prendre le temps de dialoguer avec la patiente pour recueillir ses souhaits et ses besoins afin de lui proposer si elle le souhaite une prise en charge pluridisciplinaire (gynécologique, urologique, obstétrique, chirurgicale, psychologique, sexuelle, sociale).

Plusieurs choix sont possibles :

- un nouveau rendez-vous médical afin de revoir la patiente pour poursuivre le dialogue, si elle le souhaite ;
- un suivi gynécologique vers des unités de gynécologie obstétrique, chirurgie, et médico psychosociales pour une prise en charge pluridisciplinaire ;
- une prise en charge psychologique ;
- un suivi sexologique afin d'évaluer les retentissements de la mutilation sur la sexualité et les conséquences sur le désir et le plaisir sexuels ;
- un contact avec une association ou une institution qui organise des groupes de parole autour de ces questions.

Pour mémoire, il est recommandé d'évaluer le risque de mutilation sexuelle féminine pour les filles de la patiente.

Une femme peut rapporter avoir des filles majeures ayant subi une mutilation sexuelle féminine. Il est recommandé d'inviter ses filles à consulter pour elles-mêmes.

■ Prise en charge psychologique

Les filles et les femmes peuvent présenter une grande variabilité individuelle dans l'assimilation psychique et physique des mutilations qu'elles ont subies.

Compte tenu du traumatisme majeur, cette grande variabilité est à prendre en compte par le professionnel de santé.

Il est recommandé d'adresser les patientes ayant des troubles tels que : anxiété, angoisse, dépression, syndrome de stress post-traumatique, etc. à un psychiatre/pédopsychiatre/psychologue/psychothérapeute.

■ Prise en charge d'une femme enceinte

Il est recommandé de rassurer une femme enceinte ayant subi une mutilation sexuelle féminine sur la possibilité que sa grossesse et son accouchement se déroulent sans complication avec un suivi obstétrical adéquat.

Il est recommandé d'adresser une femme mutilée sexuellement dès le début de deuxième trimestre de la grossesse vers un suivi en maternité. En effet, certaines femmes enceintes peuvent présenter un plus grand risque d'infections urinaires, une anémie ferriprive, etc.

La désinfibulation peut se faire au cours de la grossesse, ou pendant le travail juste avant l'accouchement ou en peropératoire lors d'une césarienne.

La conduite à tenir lors de l'accouchement d'une patiente mutilée sexuellement doit être discutée et planifiée dès les premières consultations prénatales afin de préparer la femme et son entourage.

Le maximum d'informations doit être noté dans le dossier afin d'éviter que la femme mutilée ait à répéter son histoire.

Au cours du suivi obstétrical, il est recommandé d'informer la patiente :

- qu'elle n'aura pas systématiquement de césarienne ou d'épisiotomie ;
- qu'en cas de désinfibulation, la réinfibulation est strictement interdite en France.

Il est recommandé d'aborder l'illégalité de la réinfibulation avec la femme et son entourage.

■ Prise en charge des troubles de la sexualité

Il est recommandé d'adresser à une consultation de sexologie, les femmes, les couples rapportant un trouble de la sexualité.

■ Prise en charge chirurgicale

L'opération de réparation du clitoris est un acte de chirurgie réparatrice et non de chirurgie esthétique. Elle est prise en charge par la Sécurité Sociale.

Il est proposé de se référer sur le lien ci-après qui indique une liste actualisée de consultations et services spécialisés en matière d'activités chirurgicales.

<https://federationgams.org/wp-content/uploads/2019/02/Unit%C3%A9s-de-soins-aux-femmes-excis%C3%A9es-en-2018-1.pdf>

Il est important de souligner que la prise en charge d'une femme mutilée sexuellement ne saurait se résumer à la reconstruction du clitoris.

Il est recommandé que la chirurgie de réparation clitoridienne soit entourée d'une prise en charge psychologique et sexologique.

Les lésions pouvant être traitées chirurgicalement sont par exemple :

- pour tout type de mutilation : accolement des moignons des petites lèvres, névrome du nerf dorsal du clitoris, kyste d'inclusion épidermique, cicatrices chéloïdes ;
- pour les types de mutilation sexuelle féminine II et III : occlusion du vagin par une sclérose vulvaire ;
- pour les mutilations sexuelles féminines de type III : infibulations ;
- pour les types de mutilation sexuelle féminine III et IV : complications urinaires (par exemple : sténose de l'urètre).

PLUS D'INFORMATIONS OU

POUR VOUS RÉFÉRER AUX ANNEXES :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307_recommandations_mutilations_sexuelles_feminines.pdf

Projet d'expérimentation d'un parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique

PARU AU JOURNAL OFFICIEL DU 2 FÉVRIER 2020

**JOURNAL OFFICIEL DE LA
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**
DÉCRETS, ARRÊTÉS, CIRCULAIRES

**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

Arrêté du 28 janvier 2020 relatif à l'expérimentation d'un parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique

NOR : SSAH2002718A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 ;

Vu l'arrêté du 11 mars 2019 fixant le montant de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2018 et déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2019 ;

Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation relatif à l'expérimentation d'un parcours de périnatalité

coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 26 décembre 2019,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'expérimentation pour le financement forfaitaire du parcours de prise en charge coordonné ville-hôpital des grossesses physiologiques, telle que définie dans le cahier des charges susvisé, est autorisée pour une durée de 3 ans à compter de la prise en charge de la première parturiente.

Art. 2. – La directrice de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au Journal officiel de la République française.

Fait le 28 janvier 2020.

ANNEXE

**CAHIER DES CHARGES RELATIF
À L'EXPÉRIMENTATION**

GROUPE MUTUALISTE

Projet d'expérimentation d'un parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique

CAHIER DES CHARGES - VERSION 3
20 décembre 2019

1. PRÉSENTATION DU GROUPE MUTUALISTE HOSPI GRAND OUEST ET DE SES MATERNITÉS

Hospi Grand Ouest (HGO) est un groupe mutualiste fondé en 2010 par trois mutuelles : Harmonie Mutuelle, Harmonie Services Mutualistes, la Mutualité Française Finistère Morbihan. D'autres partenaires ont depuis rejoint le projet : Malakoff-Médéric, Matmut, MBA Mutuelle, SHAM, GARAC et la France Mutualiste.

Fort de neuf établissements médicaux chirurgicaux, de trois maternités et d'un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation, Hospi Grand Ouest propose aux populations de Bretagne et Pays de la Loire une offre de soins diversifiée dans une logique de proximité.

Une des originalités d'Hospi Grand Ouest repose sur sa diversité statutaire : moitié établissements ESPIC, moitié établissements relevant du secteur libéral. Hospi Grand Ouest défend ainsi l'idée d'une troisième voie entre le secteur public et le secteur privé : les valeurs mutualistes étant proches de celles du service public et tous les bénéfices réinvestis dans les établissements, au profit des patients qui y sont accueillis.

Disposant de trois maternités qui réalisent, ensemble, près de 8 000 accouchements par an, Hospi Grand Ouest présente un projet interrégional sur le parcours de périnatalité coordonné dans le cadre d'une grossesse physiologique. Ce projet engage deux maternités ESPIC et une maternité Ex. OQN :

- La Clinique Mutualiste La Sagesse (Rennes, 35) - ESPIC
- La Clinique Jules Verne (Nantes, 44) - ESPIC
- L'Hôpital Privé des Côtes d'Armor (Plérin, 22) - Ex OQN.

Les trois maternités sont de niveau 2A* et proposent, ensemble, une offre d'hébergement de 135 lits d'hospitalisation, 6 places d'hospitalisation ambulatoire et 21 lits de néonatalité.

Chaque maternité dispose d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal commun avec les établissements de santé publics de leur territoire, permettant la mise en œuvre d'éventuels examens complémentaires (amniocentèse, Diagnostic Prénatal Non Invasif...).

Deux des trois maternités d'Hospi Grand Ouest mettent à la disposition des couples une unité de procréation médicalement assistée.

La clinique de la Sagesse a, quant à elle, intégré dans son offre de soins une filière spécifique (*Parenreizh*) mettant à disposition des futurs parents une unité proposant un accompagnement personnalisé dans le respect de la physiologie de

la grossesse et de la naissance et favorisant le retour précoce au domicile après l'accouchement.

L'activité des maternités Hospi Grand Ouest et les données nationales et régionales (issues des données ATIH 2018)

› **France** : 750 000 accouchements

Taux de césarienne : 20,2 %,

› **Bretagne** : 32 000 accouchements

Taux de césarienne : 22,6 %,

› **Pays de Loire** : 39 000 accouchements

Taux de césarienne : 18,5 %.

› **Hospi Grand Ouest** : 8 000 accouchements

Taux de césarienne : 15 %.

Les maternités HGO réalisent 11 % des accouchements de Bretagne et Pays de Loire.

* **Rappel** : Les maternités de niveau 1 offrent la possibilité d'accouchement dits à bas risque au cours du 9^e mois de grossesse, 24 heures/24 ; ainsi que les consultations de surveillance de grossesse et la prise en charge des urgences obstétricales (fausses couches, grossesses extra-utérines, césariennes, hémorragies de la délivrance). Elles disposent d'au moins une sage-femme présente 24 heures/24 et d'un obstétricien (et d'un chirurgien si l'obstétricien n'est pas titulaire de la compétence chirurgicale), d'un anesthésiste réanimateur et d'un pédiatre présents ou rapidement joignables (liste d'astreinte). Les maternités de niveau 2A disposent en plus d'un service de néonatalogie permettant la prise en charge des enfants nés prématurément pendant le 8^e mois de grossesse (32-36 SA), pesant entre 1 500 et 2 500 g et/ou nécessitant des soins spécifiques.

2. RÉSUMÉ ET PROPOSITION DE VALEUR

A. DESCRIPTION DU PROJET

Dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, Hospi Grand Ouest et trois cliniques mutualistes situées en Bretagne et Pays de Loire souhaitent proposer un projet d'expérimentation portant sur l'organisation d'un parcours de périnatalité coordonné dans le cadre d'une grossesse physiologique.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES CARACTÉRISTIQUES DES MATERNITÉS HOSPI GRAND OUEST

		CLINIQUE JULES VERNE	CLINIQUE LA SAGESSE	HPCA
CAPACITÉ	NB lits	50	59	26
	NB places ambu	-	6	-
	NB lits néonat	6	9	6
ACTIVITÉ (DONNÉES ATIH 2018)	NB accouchements	3 287	3 565	1 045
	NB Césariennes	465	537	184
	DMS accouchements	4	4,3	4,2
	DMS césariennes	5,8	6,2	5
OFFRE DE SOINS	Filière physio/ maison naissance	-	OUI	-
	Unité PMA	OUI	OUI	-
	CPDPN	OUI	OUI	OUI
ATELIERS	Nutrition	OUI	OUI	
	Nesting	OUI	OUI	OUI
	Allaitement	OUI	OUI	OUI
	Portage	OUI	OUI	OUI
	Massage	OUI	OUI	OUI
CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES	Psychologue	OUI	OUI	OUI
	Diététicienne	OUI	OUI	OUI
	Alcoolologue	OUI	OUI	-
	Assistante sociale	OUI	OUI	OUI

■ Une innovation organisationnelle

La mise en place d'un parcours ville-hôpital personnalisé et coordonné, centré sur les sages-femmes, initié par l'évaluation prénatale précoce.

- L'organisation d'un réseau de sages-femmes libérales référencées.
- La création d'une fonction de coordination en charge de :
 - l'animation du réseau de sages-femmes mis en œuvre ;
 - la coordination des activités de soins et le suivi des femmes incluses dans l'expérimentation.
- La définition de plusieurs types de parcours, impliquant différemment les ressources de la clinique et les ressources libérales.
- La participation dans le parcours d'autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux, en fonction des contextes et besoins des femmes.

■ Un mode de financement innovant

Un financement forfaitaire assurance maladie.

Un forfait est défini pour les cinq parcours proposés en fonction de la réalisation des actes par les sages-femmes libérales ou salariées des cliniques. Il est construit sur la base de trois séquences pour chacun des types de parcours : prénatal, accouchement, postnatal.

B. OBJECTIFS

Les objectifs stratégiques de cette expérimentation sont :

- Le renforcement de la sécurité et de la qualité des soins de la femme suivie pour une grossesse physiologique ;
- La coordination des acteurs de soins de ville et de l'hôpital ;
- La garantie d'une meilleure maîtrise et répartition des dépenses par une baisse de consommation actuellement élevée du fait de la redondance des actes de soins.

C. PÉRIMÈTRE

L'expérimentation concerne annuellement 250 femmes suivies pour une grossesse physiologique.

D. RÉPONSE AUX CRITÈRES DU CADRE D'ÉVALUATION

Le projet répond aux **trois grands critères du cadre d'évaluation** :

■ Faisabilité

Les cliniques d'Hospi Grand Ouest travaillent déjà de manière étroite avec des cabinets de sages-femmes libérales pour le suivi des femmes qui accoucheront dans leurs maternités. Elles ont déjà mené des travaux sur le suivi des grossesses physiologiques, en particulier dans le cadre de l'ouverture de pôle physiologique. La fonction de coordination est quant à elle déjà mise en œuvre au sein de chaque clinique en dehors du secteur de la maternité, pour ce qui concerne, en particulier, les parcours chirurgicaux. Enfin, le déploiement d'outils numériques de suivi des parcours patients sera une aide précieuse pour la coordination des différents acteurs impliqués dans le suivi des femmes.

■ Reproductibilité

Hospi Grand Ouest dispose de trois maternités, 2 ESPIC et une ex-OQN représentatives de l'offre de soins obsté-

tricale privée au niveau national. Le volume d'accouchement réalisé, 8 000 par an, permettra de recueillir un échantillon représentatif pour réaliser l'expérimentation.

■ Efficience

L'expérimentation proposée permettra d'apporter une réponse aux différents constats relatifs à la surconsommation de soins en phase prénatale, face notamment à l'évolution peu favorable du contexte des grossesses, grâce à un renforcement des bonnes pratiques d'évaluation initiale et à la coordination et au suivi des actions de soins.

La maîtrise des coûts liés au recentrage des suivis de grossesse physiologique sur les sages-femmes et l'approche forfaitaire participeront de l'efficience du dispositif.

3. CONTEXTE & CONSTATS

DÉFINITION

Les grossesses physiologiques (ou normales)

Les grossesses ainsi définies dans notre projet correspondent aux grossesses sans situation à risque ou relevant d'un faible niveau de risque, et éligibles à un suivi de catégorie A, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé mises à jour en mai 2016.

Différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses en fonction des situations à risque identifiées (accord professionnel)

- **SUIVI A** ➤ Lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.
- **AVIS A1** ➤ L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- **AVIS A2** ➤ L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
- **SUIVI B** ➤ Lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

On peut ainsi considérer qu'une grossesse physiologique ou normale devient « pathologique » lorsqu'un risque obstétrical, **foetal ou maternel est identifié au cours de la grossesse**, y compris dans la phase précédant l'accouchement, et que celui-ci nécessite une prise en charge spécifique.

En l'absence de données précises sur la répartition entre grossesses normales et pathologiques, il est couramment admis que les grossesses normales, donc relevant d'un suivi de catégorie A (HAS), représentent 80 % des grossesses prises en charge, taux également évalué par l'encadrement des maternités Hospi Grand Ouest.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ACTIVITÉ DE SOINS PÉRINATAUX SELON L'ENQUÊTE NATIONALE PÉRINATALE 2016

Dans leur dernier rapport publié en novembre 2018, l'Inserm et la DREES présentent les résultats de l'enquête réalisée en mars 2016, qui a permis un recueil sur 14 142

naissances auprès de 13 894 femmes, dont 13 384 naissances et 13 148 femmes en métropole et 758 naissances et 746 femmes dans les DROM.

À la même période est publié **le nouveau rapport Euro-Peristat**, projet européen coordonné par l'Inserm, mis en place depuis 2000, et qui rassemble des statistiques de 31 pays sur la santé périnatale en 2015. La comparaison de la France par rapport à ses voisins conduit à un bilan contrasté, avec en particulier une situation maîtrisée dans la pratique des césariennes, mais une situation moins favorable pour la mortalité des enfants et la consommation de tabac, là où de nombreux pays observent une amélioration.

■ Évolution des caractéristiques du contexte de la grossesse depuis la précédente enquête réalisée en 2010

- Report des naissances à des âges maternels plus élevés alors que l'on sait que les risques pour la mère et l'enfant augmentent de manière sensible avec l'âge des femmes.
- Augmentation préoccupante du surpoids et de l'obésité : en 2016, 20 % des femmes sont en surpoids et près de 12 % sont obèses, contre respectivement 17 % et 10 % en 2010.
- Dégradation de la situation professionnelle des femmes et de celle de leur partenaire : 28 % des ménages ont reçu des aides publiques ou d'autres aides liées au chômage ou à un faible revenu pendant la grossesse (par exemple allocation d'aide au retour à l'emploi, RSA, ou prime d'activité).

■ Données en lien avec l'activité de soins en cours de grossesse

- Le nombre total de consultations prénatales est en moyenne de dix, et 45,6 % des femmes ont dix consultations ou plus durant leur grossesse.
- 93,7 % des femmes ont consulté au moins une fois l'équipe de la maternité dans laquelle elles avaient choisi d'accoucher.
- 28,5 % des femmes seulement ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce.
- 75 % des femmes ont eu plus que les trois échographies recommandées pour une grossesse sans complication, et 36 % en ont eu deux fois plus que recommandé.
- Environ 60 % des femmes se sont rendues au moins une fois aux urgences de la maternité durant leur grossesse, et 15 % au moins trois fois.
- Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont très suivies par les primipares (77,9 % d'entre elles) — beaucoup moins par les multipares (33,8 %). Les trois quarts des femmes ayant suivi des séances de PNP ont eu entre 4 et 8 séances (37,2 % entre 4 et 6 séances et 38,9 % pour 7 ou 8 séances).
- Pendant la grossesse, 18,4 % des femmes ont eu au moins une visite à domicile par une sage-femme : 12,7 % ont eu une ou des visites par une sage-femme libérale et 4,7 % par une sage-femme du service de PMI. Cette distribution suggère qu'une large part des visites est effectuée pour assurer un suivi médical des femmes plutôt que pour offrir un soutien aux femmes les plus vulnérables. Par ailleurs

8,8 % des femmes ont signalé avoir eu un entretien avec un(e) assistant(e) de service social durant la grossesse.

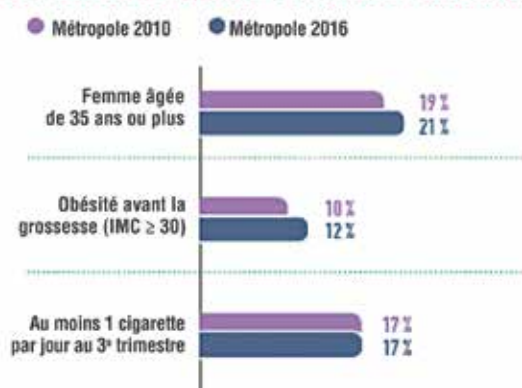
■ Indicateurs de l'état de santé des nouveau-nés

- Augmentation régulière et significative du taux de prématurité entre 1995 (4,5 %) et 2016 (6,0 %) : ce résultat pose question dans la mesure où d'autres pays réussissent à avoir des taux faibles et stables ou en baisse.
- Augmentation de la fréquence des enfants de petit poids pour l'âge gestationnel.
- Augmentation des gestes de réanimation effectués juste après la naissance et des transferts vers un service de néonatalogie.

■ Mesures de prévention

- Augmentation limitée à 23 % en 2016 de la prise d'acide folique pour prévenir les anomalies de fermeture du tube neural.
- Stagnation de la consommation de tabac pendant la grossesse et 17 % des femmes ont fumé au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de la grossesse.
- Diminution importante de la fréquence de l'allaitement maternel exclusif durant le séjour à la maternité entre 2010 et 2016, de 60 % à 52 %.

DES ÉVOLUTIONS DÉFAVORABLES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

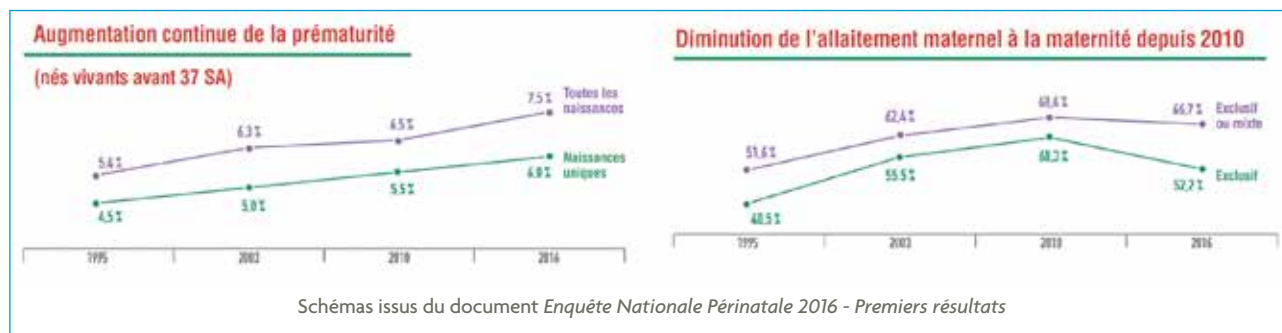


Suivi des femmes enceintes et prévention

(en France m. métropolitaine)

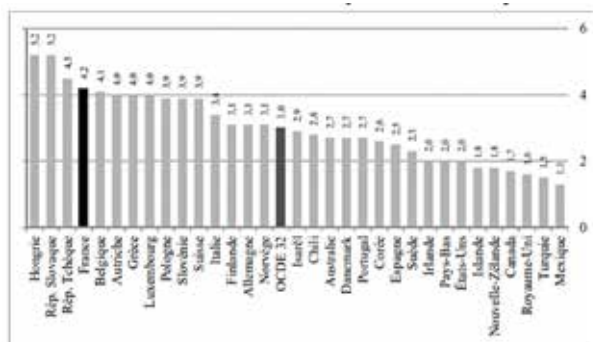
23 %	ont pris de l'acide folique avant la grossesse	29 %	ont eu un entretien prénatal précoce
65 %	ont consulté une sage-femme	78 %	des primipares ont suivi une préparation à la naissance et à la parentalité
36 %	ont eu au moins 6 échographies	7 %	ont été vaccinées contre la grippe saisonnière





■ Une durée de séjour plus importante en France que dans les pays voisins

En France, la durée moyenne de séjour (DMS) pour un accouchement normal a diminué de 6,2 jours en 1995 à 4,2 jours en 2011. Toutefois, elle a baissé de façon équivalente dans l'ensemble des pays de l'OCDE 144, passant en moyenne de 4,3 jours en 1995 à 3 jours en 2011. La DMS en France reste ainsi supérieure d'un tiers à celle des autres pays de l'OCDE : elle est en Italie de 3,4 jours, en Allemagne de 3,1 jours, au Royaume-Uni de 1,6 jour.



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013 - Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal. 2011 (ou année la plus proche).

LES SAGES-FEMMES, ACTEURS DU SUIVI PÉRINATAL

Le suivi des grossesses est assuré le plus fréquemment par le gynécologue-obstétricien, toutefois, pour un quart des femmes, une sage-femme en maternité publique ou en secteur libéral a été la responsable principale de la surveillance dans les six premiers mois de la grossesse. Le rôle des sages-femmes comme professionnelles de premier recours dans la prise en charge des grossesses sans complication semble donc mieux pris en compte.

La sage-femme exerce en toute autonomie la prise en charge gynécologique et obstétricale des femmes sans problème de santé particulier. Elle participe également au suivi des nouveau-nés en bonne santé.

Selon l'article L4151-1 du Code de la santé publique, « l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance 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 ».

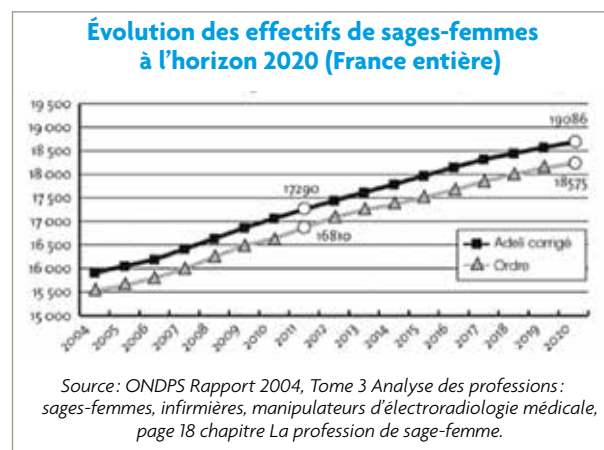
Dans la mesure où la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent physiologiques, la sage-femme travaille en autonomie. Elle doit donc, en cas de pathologie ou de dystocie, faire appel à un médecin. Elle a un droit de prescrip-

tion limité. La sage-femme peut prescrire certains dispositifs médicaux, les examens cliniques et paracliniques nécessaires à son exercice professionnel et les médicaments figurant sur la liste fixée par arrêté ministériel. Elle est autorisée par la loi du 9 août 2004 à faire la déclaration de grossesse et pratiquer l'examen postnatal de la mère six à huit semaines après l'accouchement eutocique (si la grossesse ainsi que l'accouchement ont été physiologiques).

■ Les effectifs de sages-femmes

Le rapport « *Les sages-femmes, une profession en mutation* » publié par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) en mai 2016, met en évidence :

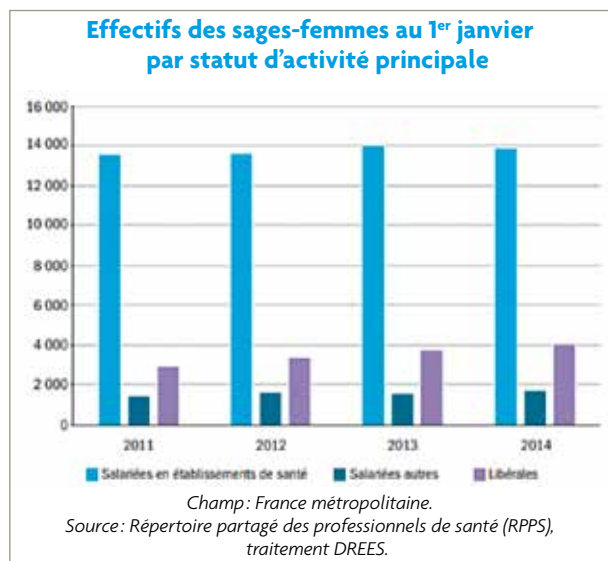
- Un écart croissant entre la très forte augmentation du nombre de sages-femmes et la quasi-stagnation des naissances, constaté depuis vingt ans et qui va s'accroître durant les 15 ans à venir.
- Le fort développement de l'activité libérale, passant de 14 % à 27 % entre 1998 et 2014, et devant atteindre 36 % en 2030 selon les projections de la DREES.



L'ORGANISATION DES SUIVIS DE GROSSESSE

L'étude menée par l'URPS Ile-de-France, présente trois modèles d'organisation des soins de périnatalité, dont nous retiendrons les trois premiers, le dernier étant plus spécifique des maternités ex. OQN, reposant sur des sages-femmes libérales intégrées aux cliniques concernées :

1. Le modèle autarcique dans lequel la maternité prend en charge tôt et pour la totalité de ses patientes le suivi de la grossesse : consultations, préparation et suivi des éventuels épisodes pathologiques sont assurés par la maternité.



2. Le modèle ville-hôpital, qui remplace progressivement le modèle autarcique, est celui des établissements qui pensent et organisent la répartition claire des prises en charge entre la ville et l'hôpital. Conformément à sa vocation en termes de recours, **l'hôpital centre ses prises en charge sur les patientes dont le niveau de risque le requiert effectivement et fait en sorte que la ville assure un maximum de soins.**

3. Le modèle flou est un modèle intermédiaire qui semble agir en fonction de contraintes de ressources (de lits ou de sages-femmes salariées) mais sans que ces contraintes ne donnent lieu à un modèle véritablement organisé de suivi en continu. L'hôpital se centre sur l'accouchement et « récupère » les patientes au 6^e, 7^e ou 8^e mois de grossesse selon ses capacités. Il n'a pas forcément de vrai service organisé pour prendre en charge la pathologie à domicile, il revient aux sages-femmes des services de trouver une solution. Le recours à la ville est opportuniste et irrégulier.

Selon le rapport de l'URPS Ile-de-France, « *le sens de l'histoire irait du modèle autarcique au modèle ville-hôpital. C'est une évolution qui concourt à mieux utiliser les compétences des sages-femmes qui sont davantage impliquées dans les consultations de suivi de grossesse, que ce soit en ville mais aussi au sein des établissements, c'est également un modèle qui soutient le développement et la viabilité de l'activité libérale par le recours aux consultations par les sages femmes mais aussi en raison d'un plus grand recours au suivi médical à domicile* »

4. PRÉSENTATION DU DISPOSITIF

A. DESCRIPTION ET ENJEU DU PROJET D'EXPÉRIMENTATION

Au regard de l'analyse contextuelle présentée au précédent chapitre, les éléments constitutifs de notre projet sont les suivants :

- Une évolution peu favorable du contexte des grossesses : vieillissement, obésité, chômage des futures mères ;
- Une surconsommation de soins en phase prénatale (échographies, consultations en urgence) mais une faible utilisation de l'entretien prénatal précoce, étape essentielle de repérage des vulnérabilités ;

- Des durées de séjour plus élevées en France, lors des hospitalisations pour accouchements ;
- Une absence d'amélioration des indicateurs de santé périnataux ;
- Une augmentation du nombre de sages-femmes et un renforcement de leur implication dans le suivi des grossesses ;
- Un nécessaire recentrage des ressources hospitalières sur les patientes à risque ;
- Une absence de coordination des parcours de périnatalité.

Face à ces constats, les maternités d'Hospi Grand Ouest ont souhaité s'engager dans une expérimentation de parcours de soins ville-hôpital globalisé et coordonné pour le suivi périnatal des femmes dans le cadre d'une grossesse physiologique (à bas risque).

Le suivi périnatal proposé repose majoritairement sur les sages-femmes, de préférence de ville, et des cliniques. En effet, la mise en œuvre d'un parcours de soins globalisé, organisé autour d'une prise en charge collaborative entre les professionnels de santé de la ville et de l'établissement où se déroulera l'accouchement, constitue un facteur majeur de succès du suivi de la femme enceinte tout en garantissant une meilleure maîtrise et répartition des dépenses.

ENJEU

Renforcer la sécurité et la qualité des soins de la femme suivie pour une grossesse physiologique, par un parcours innovant : encadré, personnalisé et coordonné entre la ville et l'hôpital, faisant l'objet d'un financement forfaitaire impliquant l'assurance maladie et, à terme, l'assurance complémentaire.

B. CATÉGORIES DE L'EXPÉRIMENTATION, DÉROGATIONS ET CHAMP D'APPLICATION TERRITORIALE

L'expérimentation qu'Hospi Grand Ouest souhaite mettre en œuvre porte sur :

- **Une innovation organisationnelle**
 - Organisation d'un parcours ville-hôpital personnalisé et coordonné, centré sur les sages-femmes ;
 - Mise en œuvre d'un réseau de sages-femmes libérales « référencées » régi par une charte de fonctionnement commune ville-hôpital, de réalisation des soins du parcours.
- **Un mode de financement innovant**
 - Financement forfaitaire en fonction du type de parcours et de la répartition des actes entre les professionnels de ville ou de l'hôpital.

a. Catégories d'expérimentations

Ce projet répond aux catégories suivantes :

- Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins (Art. R. 162-50-1-1^b) ;
- Structuration pluriprofessionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences (Art. R. 162-50-1-2^a) ;
- Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations (Art. R. 162-50-1 - 1-2^b).

b. Limites de l'organisation et du financement actuels et dérogations envisagées

Malgré un fort investissement des professionnels pour offrir des soins de qualité aux futures mères, une situation paradoxale s'installe : surconsommation de soins en phase prénatale sans amélioration des indicateurs de santé périnataux.

Cette situation peut, en partie, s'expliquer par l'absence de coordination des suivis de grossesse, en particulier physiologique, réalisés simultanément et/ou alternativement, en

ville et en établissement de santé, et par la faible utilisation de l'entretien prénatal précoce, source de dépistage précoce des vulnérabilités quelles qu'elles soient.

Les parcours des femmes enceintes se déroulent alors comme une succession d'actes de soins, phénomène encore accru par une tarification à l'acte des suivis de périnatalité.

Pour mettre en place ce dispositif, il est souhaité de déroger aux règles de financement de droit commun et d'organisation de l'offre de soins suivantes :

1. RÈGLES DE FINANCEMENTS DE DROIT COMMUN AUXQUELLES IL EST SOUHAITÉ DÉROGER

LIMITES DU FINANCEMENT ACTUEL	Le financement actuel ne permet pas la coordination du suivi des femmes, réalisé en partie en ville et en partie en établissement de santé. Il n'existe aucun dispositif de financement pour une fonction de coordination spécifique aux suivis périnataux, les réseaux de périnatalité n'intervenant pas au niveau d'opérationnalité attendu pour le suivi des femmes. Par ailleurs la facturation à l'acte réalisée sans contrôle de pertinence et/ou de redondance, génère des surcoûts associés à une surconsommation de soins constatée depuis plusieurs années et encore citée dans le rapport publié en novembre 2018 par l'Inserm et la DREES suite à l'étude périnatale de 2016.
DÉROGATIONS DE FINANCEMENT ENVISAGÉES (article L162-31-1-II-1° et 3°)	Tarification au forfait par séquences et épisodes, permettant de rémunérer l'établissement pour sa coordination, sa participation aux suivis et l'épisode hospitalier pour l'accouchement et les acteurs de ville pour leur suivi.

2. RÈGLES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS AUXQUELLES IL EST SOUHAITÉ DÉROGER

LIMITES DES RÈGLES D'ORGANISATION ACTUELLES	<p>L'organisation actuelle est centrée sur l'établissement de santé pour le suivi des deux derniers mois de grossesse. le reste du suivi prénatal étant laissé au libre choix de la mère au regard de sa connaissance de l'offre qui lui est proposée et de l'accessibilité à cette offre.</p> <p>L'entretien prénatal précoce, non obligatoire, mais devant être proposé systématiquement aux femmes enceintes, ne bénéficie qu'à 30 % des femmes.</p> <p>L'absence de coordination des différents acteurs, d'élaboration systématique d'un plan personnalisé de suivi prénatal réalisé à partir de l'EPP et de partages des données de suivi, ne permet pas aujourd'hui de garantir un parcours homogène pour toutes les femmes, intégrant une gestion des risques à chaque étape du suivi.</p>
DÉROGATIONS ORGANISATIONNELLES ENVISAGÉES (article L162-31-1-II-2°)	<p>Création d'un dispositif organisationnel reposant sur une fonction de coordination (sage-femme) et permettant une prise en charge coordonnée du parcours prénatal, à partir de l'évaluation réalisée lors de l'EPP, selon une procédure commune entre la ville et l'hôpital.</p> <p>Création d'un réseau local de sages-femmes libérales en lien avec chaque établissement de santé engagé dans la démarche expérimentale. La mise en œuvre d'un forfait spécifique en pré et postnatal, pour les sages-femmes libérales, associé à la mise en place d'indicateurs de suivi, permettra d'inciter leur implication et coordination.</p> <p>Mise à disposition d'un outil de suivi numérique partagé entre les professionnels de ville et des cliniques, permettant la mise en commun des données de chaque femme entrée dans le dispositif.</p>

C. OBJECTIFS DU PROJET D'EXPÉRIMENTATION

L'**objectif principal** est d'améliorer la prise en charge des femmes suivies pour grossesse physiologique en leur proposant un parcours personnalisé, centré sur les sages-femmes et coordonné entre la ville et l'hôpital, et ce aux différentes étapes de leur suivi : pré, per et post-accouchement.

L'entrée dans le parcours ainsi défini se fait lors de l'évaluation prénatale précoce, à l'issue de la consultation de déclaration, de la première échographie et du bilan biologique obligatoire de début de grossesse (tous trois exclus du forfait).

Les **objectifs secondaires** sont de :

- Renforcer le repérage précoce des problématiques psychosociales ;

- Améliorer la lisibilité et la continuité des parcours de suivi de grossesse auprès des femmes enceintes ;
- Harmoniser les prises en charge, la formation, le discours apporté aux mères, entre la ville et les établissements de santé ;
- Réduire le nombre d'interlocuteurs en faveur d'une meilleure gestion des risques ;
- Promouvoir et développer les prises en charge de proximité ;
- Éviter la redondance d'actes de soins, notamment des consultations non programmées ou urgentes ;
- Faciliter la communication et le partage d'informations entre la ville et l'hôpital ;

- Favoriser les sorties précoces lors des séjours pour accouchement ;
- Redonner la juste place à chaque professionnel de santé, et recentrer les gynécologues-obstétriciens sur la prise en charge des grossesses pathologiques, eu égard à leur niveau de formation et de compétences.

L'expérimentation propose de mettre en œuvre un parcours reposant essentiellement sur les sages-femmes. Dans un objectif de généralisation, il conviendra d'intégrer d'autres acteurs de santé, notamment le médecin généraliste, premier recours dans le parcours de santé.

D. DESCRIPTION DÉTAILLÉE DU DISPOSITIF

a. Le périmètre de l'expérimentation

L'expérimentation proposée concerne toutes les femmes suivies pour grossesse physiologique, conformément aux critères définis ci-après, critères d'inclusion ou d'exclusion.

Des critères complémentaires seront identifiés et renseignés lors de l'évaluation prénatale précoce, et suivis tout au long de la grossesse. Il s'agit, notamment, des critères significatifs de vulnérabilité : situation médico-psychosociale complexe, violences conjugales, grossesse mal suivie, accouchement prévu dans le secret, isolement familial, absence de ressources, consommation de produits toxiques... Ils permettront d'identifier, en phase d'évaluation, l'impact de ces vulnérabilités sur la consommation de soins tout au long de la grossesse.

L'inclusion est prévue au fil de l'eau, afin de pouvoir assurer un remplacement des éventuelles femmes sorties de l'expérimentation, sans sélection sur le critère de multiparité ou non.

Les critères d'inclusion sont :

- Les femmes bénéficiant d'un diagnostic de grossesse unique, qu'elles soient nullipares ou multipares ;
- Les femmes disposant d'un bon état de santé général ;
- L'accord de la femme à entrer dans l'expérimentation et la signature d'un document d'information sur le suivi et le consentement éclairé définissant les engagements respectifs des deux parties ;
- Les femmes affiliées à un régime de la sécurité sociale ou bénéficiaires d'un tel régime ;
- Le choix par la femme d'une sage-femme libérale appartenant ou intégrant le réseau mis en œuvre pour l'expérimentation.

Des critères d'exclusion peuvent être définis en amont (les 2 premiers) ou au décours du parcours :

- Les femmes mineures (< 18 ans) ;
- Les femmes ne maîtrisant pas la langue française ;
- Les femmes développant en cours de grossesse des pathologies maternelles ou fœtales non prévisibles justifiant un suivi rapproché ;
- Les femmes ayant recours à des examens complémentaires ou des consultations spécialisées en lien avec la grossesse et non définies dans le parcours expérimenté ;
- Le recours à la PMI durant la phase prénatale du fait, entre autres, des modes de pratiques et de prises en charge différents dans ce secteur d'activité.

- Le recours à la PMI en phase postnatale ne pose pas de problèmes particuliers, le suivi de l'enfant n'étant pas intégré dans le forfait.

La population ciblée concerne les femmes répondant aux critères d'inclusion pour une « grossesse physiologique », soit plus de 6 000 femmes potentiellement éligibles par an (80 % des femmes accouchant dans les trois maternités d'Hospi Grand Ouest).

Il a été convenu d'intégrer dans le projet d'expérimentation, **250 femmes par an durant 3 ans** réparties sur la base de la répartition du nombre d'accouchements de chaque clinique, à savoir :

- Clinique de la Sagesse : 110 femmes
- Clinique Jules Verne : 110 femmes
- Hôpital Privé des Côtes d'Armor : 30 femmes

■ Arbre décisionnel d'entrée dans le parcours et de choix de la sage-femme de suivi

L'entrée dans le parcours expérimental se fait lors de l'Évaluation Prénatale Précoce. Cette EPP est réalisée le plus souvent par une sage-femme en ville ou en établissement de santé.

Une large communication sera réalisée auprès des sages-femmes libérales afin de les informer sur l'expérimentation, et tout particulièrement sur le mode d'entrée des futures mères dans le parcours ville/hôpital, à l'issue de l'EPP.

Deux cas de figure se présentent alors (*cf. page suivante*) :

1. L'EPP est réalisée par une sage-femme libérale ;
2. L'EPP est réalisée par une sage-femme de la clinique.

b. Le dispositif organisationnel - Description générale

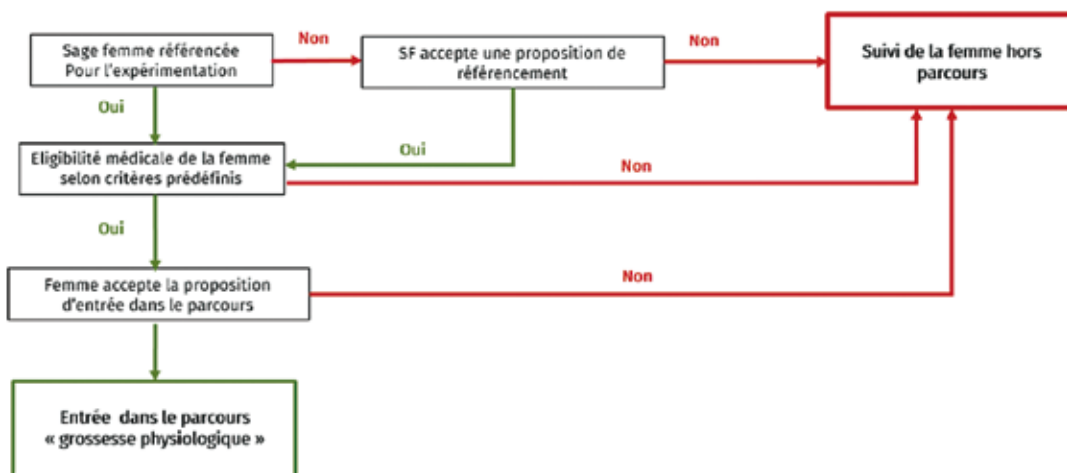
L'organisation innovante proposée pour cette expérimentation repose sur :

- **La mise en place d'un parcours ville-hôpital personnalisé et coordonné, centré sur les sages-femmes**, initié par l'évaluation prénatale précoce ;
- **La création d'activités de coordination** mises en œuvre à deux niveaux :

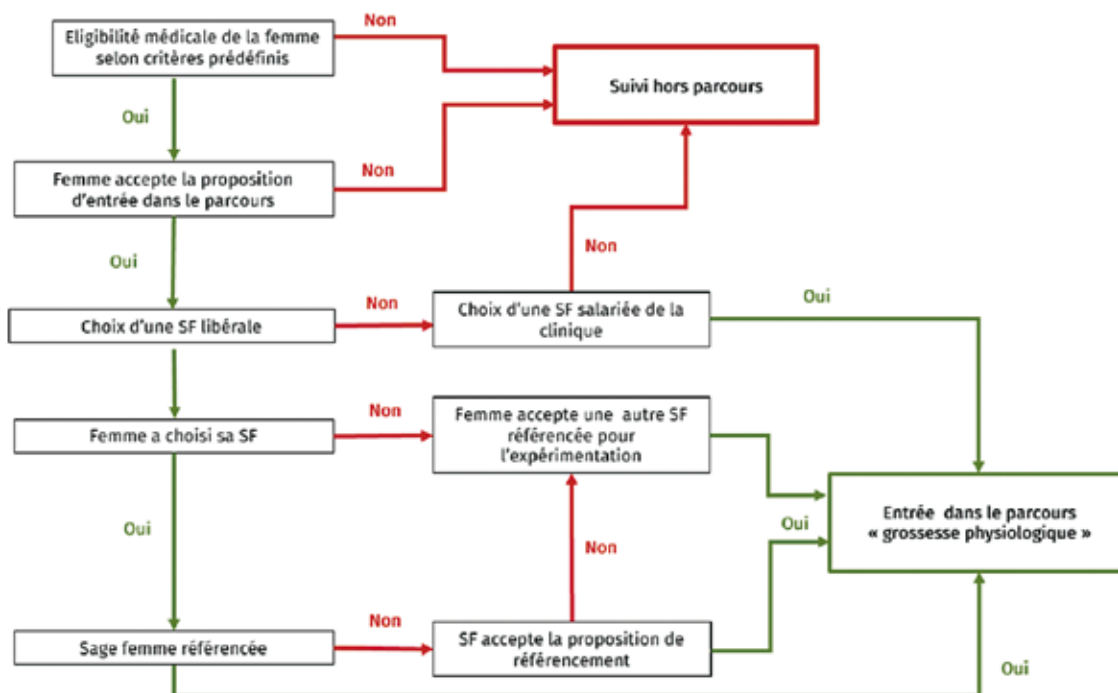
- sous la forme d'une sage-femme de coordination (temps dédié de la cadre sage-femme) chargée de :
 - recruter et faire vivre le réseau de sages-femmes libérales,
 - préparer et animer les staffs pluriprofessionnels,
 - organiser le partage des éléments du parcours entre tous les professionnels grâce à la mise en œuvre d'une plateforme numérique ;
- sous la forme de missions portées par la sage-femme référente, qu'elle soit libérale ou salariée, la coordination consistant alors à :
 - respecter les critères d'éligibilité pour entrer dans l'expérimentation,
 - organiser un parcours périnatal personnalisé construit, notamment, sur la base d'un dépistage précoce des vulnérabilités,
 - en garantir une partie de sa réalisation,
 - assurer le suivi du parcours de la femme, en gérant notamment les alertes produites par la plateforme numérique.

ARBRE DÉCISIONNEL D'ENTRÉE DANS LE PARCOURS ET DE CHOIX DE LA SAGE-FEMME DE SUIVI

1 – l'EPP est réalisée par une sage-femme libérale



2 – l'EPP est réalisée par une sage-femme de la clinique



■ **L'organisation d'un réseau de sages-femmes libérales** « référencées » régit par une charte de fonctionnement précisant :

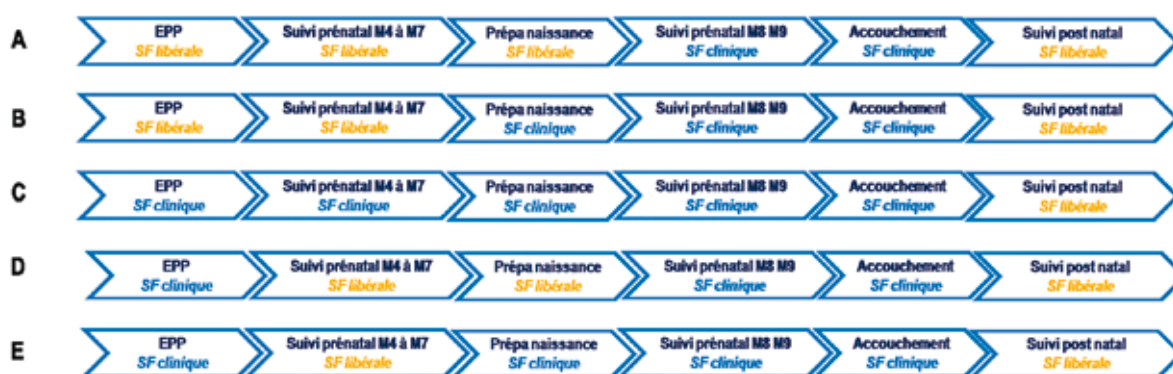
- les engagements respectifs des différents acteurs dans l'élaboration et le déroulement des parcours ;
- les conditions d'accès au partage d'informations entre les cliniques concernées et les cabinets libéraux, pour les femmes incluses dans l'expérimentation ;
- les modalités d'intervention et de financement en fonction du type de parcours.

Le dimensionnement de ce réseau variera d'un établissement à l'autre au regard de l'activité obstétricale de la

clinique et de l'organisation de l'offre de soins de ville sur le territoire.

■ **La définition de cinq types de parcours**, impliquant différemment pour la réalisation des différents actes, soit la sage-femme de la clinique, soit la sage-femme libérale.

Dans tous les cas les variantes de parcours porteront uniquement sur la séquence de suivi prénatal, l'épisode hospitalier faisant l'objet d'un forfait exclusivement « établissement » et le suivi postnatal d'un forfait exclusivement « ville » auquel est rattaché le bilan prénatal réalisé initialement en phase prénatale.



c. Le dispositif organisationnel - Le parcours du patient

Conformément aux recommandations et bonnes pratiques, le parcours proposé s'adresse aux femmes qui présentent une grossesse se déroulant normalement, et pour lesquelles une évaluation des risques est réalisée à chaque étape de la grossesse, lors de la naissance et durant la phase de post-partum.

Le projet de suivi de grossesse personnalisé, qui intègre notamment le repérage des vulnérabilités, est élaboré à partir de la consultation d'évaluation prénatale précoce réalisée au cours du 4^e mois. Il est construit avec les futurs parents, conformément à leurs attentes et à l'offre de soins de ville et de clinique à laquelle ils ont accès, et mis en œuvre grâce à la coordination des différents acteurs impliqués dans ce suivi.

DURÉE DU PARCOURS

Le parcours coordonné proposé se déroule sur une période de 8 mois : à l'issue de la première consultation, de la première échographie de diagnostic de grossesse et du bilan biologique jusqu'aux 2 mois de l'enfant et à l'examen postnatal de la mère.

■ Activités de soins relevant du parcours

Les activités de soins mises en œuvre tout au long du parcours sont les suivantes :

- La préparation à la naissance et à la parentalité :
 - l'entretien prénatal précoce (EPP) : bilan initial et point d'entrée dans le parcours ;
 - le bilan prénatal réalisé par la sage-femme libérale qui fera le suivi au domicile ;
 - 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
- Le suivi de la grossesse :
 - 7 consultations dont une consultation de 39^e semaine à confirmer ;
 - 2 échographies (2^e et 3^e trimestres) ;
 - 1 consultation d'anesthésie.
- L'accouchement au cours du séjour hospitalier.
- Le suivi postnatal :
 - 1 entretien postnatal précoce ;
 - 2 consultations de suivi à domicile par une sage-femme libérale ;
 - 1 consultation médicale pour l'enfant ;
 - 1 consultation postnatale pour la mère.

En complément des activités définies ci-dessus, un panier de soins personnalisé est défini lors de l'entretien initial et intégré au parcours en pré et/ou postnatal.

Le parcours de base est composé de :

- 4 ateliers de prévention et éducation à la santé, allaitement, nesting, portage, massage...
- 4 consultations définies au regard des vulnérabilités et besoins identifiés lors de l'EPP : diététique, addictologie, psychologie, et pouvant être réalisées, en fonction des compétences disponibles, par une sage-femme ou un autre professionnel de santé.

Un parcours « allégé » pourra être proposé aux parturientes multipares ou ne souhaitant pas bénéficier de l'accompagnement global. Ce parcours allégé comprendra 3 séances de préparation à la naissance et à la parentalité, seulement 2 ateliers et pas de consultations spécifiques.

En fonction de l'évolution de la situation en cours de grossesse, le forfait allégé pourra être transformé en forfait global selon des modalités définies dans la convention de financement qui sera passée avec l'Assurance Maladie.

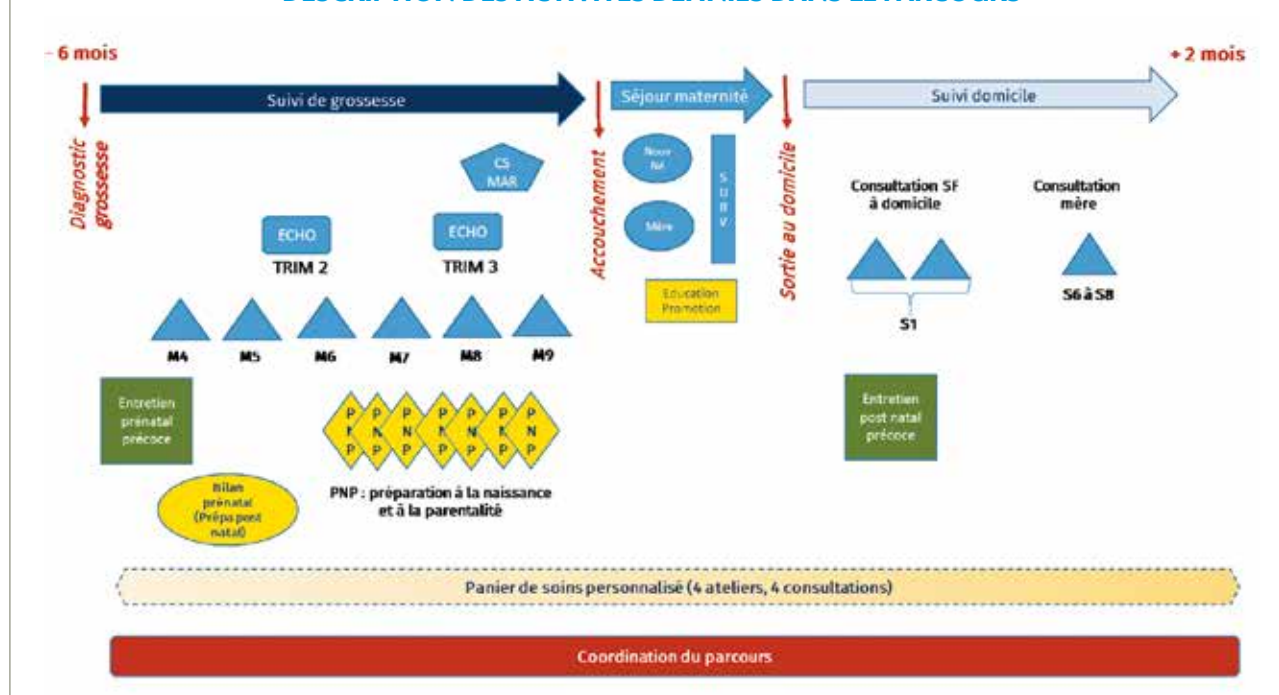
La coordination du parcours de parentalité de chaque femme suivie pour grossesse physiologique constitue un objectif majeur pour le déroulement de l'expérimentation. En effet, les caractéristiques du parcours de périnatalité reposent tant sur sa dimension multipartenaires que sur son déroulement à la fois en ville et en établissement de santé.

Il convient donc de s'interroger sur l'organisation et le portage de cette coordination, dans un contexte où la présence régionale ou départementale de réseaux de périnatalité permettrait, théoriquement, de répondre aux exigences d'une telle fonction. Les faits sont tout autres, et les missions et activités de ces réseaux de périnatalité principalement centrées sur l'information et l'accompagnement des parents, la formation des professionnels et l'animation de réseaux, ne relèvent pas d'un tel champ opérationnel dans les régions concernées.

Le choix a donc été de faire porter la majeure partie de la coordination par les établissements de santé engagés dans la phase expérimentale, une partie revenant à la sage-femme libérale coordonnant systématiquement la séquence postnatale.

On peut toutefois laisser présager le rôle déterminant que pourraient avoir demain les communautés professionnelles territoriales de santé dans cette activité de coordination et plus généralement dans le suivi des femmes en phase pré et postnatale.

DESCRIPTION DES ACTIVITÉS DÉFINIES DANS LE PARCOURS



E. IMPACTS ATTENDUS ET INDICATEURS

a. En termes d'amélioration du service rendu pour les usages

Il est attendu pour les futures mères une amélioration du déroulement du parcours de périnatalité sur la base d'un programme personnalisé réalisé lors de l'entretien prénatal précoce du 4^e mois, sur la base :

- Des recommandations et bonnes pratiques de suivi de grossesse ;
- Des besoins et attentes exprimés par la femme et le couple ;
- Du repérage précoce de vulnérabilité justifiant la mise en place d'actions de soins et éducatives spécifiques.

Ce programme personnalisé définira les interventions des différents acteurs de la ville et de l'établissement de santé et enrichira le parcours standard, le cas échéant, d'activités de soins, d'activités éducatives, de consultations spécialisées ou d'ateliers spécifiques définies avec la future mère lors de l'EPP.

L'identification d'un interlocuteur unique durant tout le suivi de la grossesse contribuera à la sécurisation de la femme et devrait limiter le recours aux consultations d'urgence fréquemment utilisées par les femmes.

Enfin, l'expérimentation doit favoriser un accès plus équitable aux suivis des grossesses physiologiques, sans reste à charge, notamment pour les femmes aux revenus les plus modestes.

b. En termes d'organisation et de pratiques pour les professionnels et les établissements

Au regard de la nécessaire collaboration entre les sages-femmes libérales et les sages-femmes hospitalières, il est attendu :

- La mise en œuvre des réseaux de sages-femmes libérales dédiées à l'expérimentation (dans un premier temps) ;
- Le renforcement de l'implication des professionnels libéraux par une intégration dans la démarche de projet et la participation, notamment, à des staffs communs ville-hôpital ;
- L'organisation du partage des données de suivi et des éléments du parcours entre les professionnels grâce à la mise en œuvre :
 - d'activités de coordination ;
 - d'un outil numérique partagé entre les professionnels permettant le suivi de la réalisation des actes de soins.

c. En termes d'efficacité pour les dépenses de santé

La mise en place d'un suivi coordonné des grossesses physiologiques a des retombées économiques positives sur le système de santé.

L'identification précoce des besoins spécifiques de chaque mère, l'affectation d'un référent sage-femme (libéral ou salarié selon le contexte) tout au long du parcours et l'attribution d'un forfait par séquence, responsabilisant pour chaque catégorie d'acteurs, doivent permettre :

- Le respect des bonnes pratiques et recommandations ;
- Une consommation de soins de suivi maîtrisée, conforme au cadre réglementaire et de financement ;
- La mobilisation précoce de ressources spécifiques (psychologue, addictologue, diététicienne...) limitant l'émergence de complications et la transformation en grossesse pathologique ;
- La limitation voire la suppression du recours aux consultations en urgences ;
- Une meilleure préparation du retour au domicile et une réduction de la DMS hospitalière lors de l'accouchement ;
- Une amélioration des indicateurs de qualité de la périnatalité.

d. Indicateurs d'évaluation des impacts sur la qualité, l'organisation et l'efficacité du système

Afin de pouvoir évaluer si le dispositif proposé est efficace et si le financement forfaitaire a un caractère incitatif à un meilleur accompagnement, des indicateurs permettant d'évaluer l'amélioration du service rendu pour les usagers, l'impact sur l'organisation et les pratiques professionnelles ainsi que l'augmentation de l'efficacité du système de santé seront suivis au cours de l'expérimentation.

Les indicateurs répertoriés dans le tableau ci-dessous sont des exemples d'indicateurs qui pourraient être utilisés pour évaluer l'expérimentation.

Les conditions de réalisation de cette évaluation ne sont pas définies à ce jour. Il apparaîtrait néanmoins important, compte tenu de l'absence d'éléments précis sur les coûts réels des prises en charge périnatales actuelles, de réaliser une **évaluation simultanée sur un groupe témoin non intégré dans l'expérimentation**.

Par ailleurs, les modalités de composition de ces deux panels restent à définir.

5. PRINCIPE DU MODÈLE ÉCONOMIQUE ESCOMPTE ET CALCUL DU FORFAIT

A. UN FINANCEMENT FORFAITAIRE PAR SÉQUENCE

Du point de vue économique, le dispositif expérimental propose un mode de financement innovant le financement forfaitaire par séquence, réparti entre sages-femmes de ville et établissements de santé, et l'implication des mutuelles complémentaires dans le financement.

- **3 séquences** : prénatales, hospitalière et postnatale ;
- **2 catégories d'acteurs** : les sages-femmes libérales et les établissements.



INDICATEURS QUI POURRAIENT ÊTRE UTILISÉS POUR ÉVALUER L'EXPÉRIMENTATION

	Impact attendu	Indicateurs	Source des données
Service rendu à l'usager	Amélioration de la satisfaction de l'accompagnement de la prise en charge	Résultat	
		Taux de satisfaction des femmes à l'issue de l'EPP	Application
		Taux de satisfaction de la femme à l'issue de son séjour hospitalier	Application
		Taux de satisfaction de la femme à l'issue de sa visite post natale	Application
		Processus	
		Taux de réalisation de l'EPP	Dossier patient
		Taux de remise du plan personnalisé de suivi à la femme	Dossier patient
		Taux de réalisation des actions de soins définies réglementairement dans le parcours	Dossier patient
		Taux de recours aux ateliers par type d'atelier	Dossier patient
	Taux de patients ayant bénéficié d'un suivi par la même sage-femme (libérale ou salariée) tout au long de leur grossesse	Dossier patient	
Diminution de la survenue d'effets indésirables	Résultat		
	Taux de dépistage de vulnérabilité	Dossier patient	
	Taux de transformation en grossesse pathologique	Dossier patient	
	Taux de sorties de parcours autres que grossesse pathologique	Dossier patient	
	Processus		
Taux de femmes ayant eu recours à des consultations spécialisées (addictologie, psychologie, service social)	Dossier patient		
Organisation et Pratiques Professionnelles	Amélioration du processus de prise en charge coordonné ville hôpital	Résultat	
		Nombre de sages femmes libérales partenaires des établissements de santé pour la réalisation du parcours	Dossier patient
		Nombre et types d'autres professionnels de santé de villes partenaires des établissements de santé pour la réalisation du parcours	Dossier patient
		Taux de satisfaction des professionnels libéraux engagés dans le projet	Application
		Taux de satisfaction des professionnels salariés engagés dans le projet	Application
		Processus	
		Nombre de réunions pluridisciplinaires ville/hôpital (staffs)	
	Nombre de CREX ville/hôpital		
	Nombre de consultations non programmées par la sage femme libérale	Dossier patient	
	Nombre de consultations non programmées par le service des urgences des cliniques	PMSI	
Amélioration de la coordination ville-hôpital	Résultat		
	Taux d'utilisation du SI de partage de données	SI Parcours	
	Temps moyen hebdomadaire de coordination		
Efficience du Système de	Maîtrise des coûts	Résultat	
		DMS du séjour hospitalier pour accouchement	PMSI
		Nombre de passages aux urgences	PMSI
		Nombre d'ateliers suivis définis dans le panier	SI Parcours
		Nombre de consultations hors parcours	Dossier patient

B. SOINS ET PRESTATIONS À INCLURE DANS LE FORFAIT

Parmi les prestations et soins définis dans le dispositif organisationnel, certains compris dans le forfait initial devront obligatoirement être présents pour justifier d'une rémunération forfaitaire, les éléments inclus dans le panier de soins, ateliers et consultations spécifiques, seront planifiés à l'issue de l'évaluation prénatale précoce en fonction des besoins et attentes des femmes inscrites dans l'expérimentation.

Enfin, dans certains cas, quelques actes pourront faire l'objet d'un paiement à l'acte, comme par exemple la consultation d'anesthésie, lorsqu'elle est réalisée en fin de grossesse par un médecin anesthésiste libéral.

► Forfaits spécifiques en fonction des parcours

Trois types de forfaits spécifiques seront proposés aux sages-femmes libérales ou aux cliniques en fonction du parcours dans lequel la femme est engagée :

- **Un forfait de coordination globale du parcours** : versé à la clinique ;
- **Un forfait « référent »** correspondant à des prestations de coordination du parcours de la femme et de téléconseil versé à la sage-femme libérale ;
- **Un forfait « participation à l'expérimentation »** versé à la sage-femme libérale.

Les prestations et soins concernés, ainsi que les acteurs impliqués dans chaque type de parcours sont définis plus précisément par séquence ci-dessous.

a. SÉQUENCE 1 ► PHASE PRÉNATALE

La consultation de 39^e semaine, fréquemment réalisée par les sages-femmes des cliniques, fera l'objet d'une évaluation avant d'intégrer, le cas échéant, le forfait.

	Action	Acteurs impliqués	Nombre	Coût unitaire	Coût total			
Compris dans le forfait initial	Evaluation Prénatale Précoce	OPTION A,B : SF LIBERALE OPTION C,D,E : SF SALARIEE	1	42,00 €	42,00 €	Forfait Allégé		
	Bilan prénatal (SF Libérale qui fera le suivi post natal)	SF LIBERALE	1	35,28 €	35,28 €			
	Consultation de suivi T4 / T5 /T6 / T7	OPTION A,B,D,E : SF LIBERALE OPTION C : SF SALARIEE	4	25,00 €	100,00 €			
	Consultation T8 T9	SF SALARIEE	2	25,00 €	50,00 €			
	Consultation supplémentaire	OPTION A,B,D,E : SF LIBERALE OPTION C : SF SALARIEE	1	25,00 €	25,00 €			
	Préparation naissance (2 à 3 patientes ou couple)	OPTION A,D : SF LIBERALE OPTION B,C,E : SF SALARIEE	7	32,48 €	227,36 €			
	Ateliers de 2 heures (allaitement, éducation, nesting ...)	OPTION A,D : SF LIBERALE OPTION B,C,E : SF SALARIEE	4	35,00 €	140,00 €			
	Consultations spécifiques (addictologie, psychologue, diététicienne, service social)	PERSONNEL CLINIQUE	2	25,00 €	50,00 €			
	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifœtale T2 T3	GYNECO OBSTETRICIEN LIBERAL GYNECO OBSTETRICIEN SALARIE	2	100,20 €	200,40 €			
	Consultation MAR	MAR LIBERAL MAR SALARIE	1	30,00 €	30,00 €			
	Forfait "coordination des parcours"	SF COORDINATRICE	1	100,00 €	100,00 €			
	Forfait "référence + téléconseil"	OPTION A,B,D,E : SF LIBERALE OPTION C : SF SALARIEE	1	30,00 €	30,00 €			
	Forfait "participation à l'expérimentation"	SF LIBERALE	1	30,00 €	30,00 €			
	Non compris dans le forfait	Consultation et échographie de diagnostic de grossesse						
		Bilans biologiques						

b. SÉQUENCE 2 ► HOSPITALISATION POUR ACCOUCHEMENT

	Action	Coûts	Nombre	Coût total
Compris dans le forfait initial	GHS Mère multipare	2 007,97 €	1	2203,69 € *
	GHS Mère primipare	2 442,91 €		
	GHS BB	894,00 €	1	894,00 €
	Majoration sortie précoce (avant 72h pour voie basse)	25,00 €	1	25,00 €

* Pondération au regard de la répartition moyenne des accouchements primipares et multipares

c. SÉQUENCE 3 ► PHASE POSTNATALE

	Action	Nombre	Coût unitaire	Coût total
Compris dans le forfait initial	Entretien individuel post natal	1	42,00 €	42,00 €
	Surveillance à domicile	2	50,20 €	100,40 €
	Consultation maman par SF	1	25,00 €	25,00 €
	Consultation supplémentaire	1	25,00 €	25,00 €
Non compris dans le forfait	Consultation de pédiatrie			0 €

► **Un forfait allégé sera proposé avec les adaptations suivantes :**

- **En phase prénatale :** 3 séances de préparation à la naissance, 2 ateliers, pas de consultations supplémentaires.
- **En phase postnatale :** pas de consultation supplémentaire.

Soit un gain de 299,92 € pour le forfait allégé par rapport au forfait global.

Les hypothèses de chiffrage ont été réalisées comme décrit ci-après :

- **Concernant le coût moyen du GHS**, nous avons appliqué les tarifs des GHS multipare et primipare, accouchements uniques par voie basse, sans complication significative, en appliquant le ratio correspondant à notre activité : 55 % de multipare et 45 % de primipare.
- **Concernant les coûts horaires**, nous avons appliqué les coûts observés en paye au regard des qualifications retenues et des durées d'interventions constatées par l'encadrement des maternités.
- **Concernant le coût des ateliers**, nous avons tenu compte à la fois du temps de préparation et de la durée de réalisation des ateliers, sur la base de 5 femmes par atelier.
- **Les autres coûts** ont été définis conformément aux nomenclatures en cours.

En l'absence de données disponibles sur les coûts générés par les suivis périnataux, une évaluation rétrospective des coûts réels devra être réalisée afin d'objectiver les gains d'efficacité pour l'assurance maladie.

COÛT DU FORFAIT

Coût du forfait = 4 375,13 euros

Le coût du forfait global est le même quel que soit le parcours mis en œuvre, en revanche la répartition entre la ville et l'hôpital varie conformément aux modèles présentés ci-après. Le forfait allégé s'élève à 4 075,21 euros.

d. Répartition par séquence et par type de répartition ville/hôpital du parcours global

Le financement forfaitaire par séquences n'a pas d'impact sur le coût du forfait, les actes réalisés tout au long du parcours restant les mêmes quels que soient les acteurs concernés.

Il a en revanche plusieurs intérêts :

- Rendre le parcours plus lisible dans son déroulement ;
- Renforcer l'attractivité de la démarche, notamment pour les sages-femmes de ville qui connaîtront par anticipation la rémunération correspondant à leur participation au projet ;
- Faciliter le mécanisme de rémunération des professionnels de ville.

SEQUENCE 1 PARCOURS PRÉNATAL		Évaluation Prénatale Précoce	Bilan prénatal	Consultation de sui M à M7	Consultation M8 et M9	Consultation SF supplémentaire	Préparation naissance	Ateliers	Consultations spécifiques	Échographie T2 T3	Consultation MNR	Forfait coordination	Forfait référé	Forfait participation accompagnement			
	Parcours A	SF libérale	SF libérale	SF libérale	SF Clinique	SF libérale	SF libérale	SF libérale	Clinique	Gyn Obs ou Radiologie	Clinique	Clinique	SF libérale	SF libérale	ville		
	Coût global	42,00 €	35,20 €	100,00 €	50,00 €	25,00 €	227,36 €	140,00 €	50,00 €	200,40 €	30,00 €	100,00 €	30,00 €	20,20 €	SF libérale	Aides	Clinique
															613,54 €	200,40 €	220,00 €
	Parcours B	SF libérale	SF libérale	SF libérale	SF Clinique	SF libérale	SF Clinique	SF Clinique	Clinique	Gyn Obs ou Radiologie	Clinique	Clinique	SF libérale	SF libérale	ville		
	Coût global	42,00 €	35,20 €	100,00 €	50,00 €	25,00 €	227,36 €	140,00 €	50,00 €	200,40 €	30,00 €	100,00 €	30,00 €	20,20 €	SF libérale	Aides	Clinique
															252,36 €	200,40 €	527,36 €
SEQUENCE 2 ÉPISEDE HOSPITALIER	Parcours C	SF Clinique	SF libérale	SF Clinique	SF Clinique	SF Clinique	SF Clinique	SF Clinique	Clinique	Gyn Obs ou Radiologie	Clinique	Clinique	SF Clinique	SF libérale	ville		
	Coût global	42,00 €	35,20 €	100,00 €	50,00 €	25,00 €	227,36 €	140,00 €	50,00 €	200,40 €	30,00 €	100,00 €	30,00 €	20,20 €	SF libérale	Aides	Clinique
															55,20 €	200,40 €	254,36 €
	Parcours D	SF Clinique	SF libérale	SF libérale	SF Clinique	SF libérale	SF Clinique	SF Clinique	Clinique	Gyn Obs ou Radiologie	Clinique	Clinique	SF libérale	SF libérale	ville		
	Coût global	42,00 €	35,20 €	100,00 €	50,00 €	25,00 €	227,36 €	140,00 €	50,00 €	200,40 €	30,00 €	100,00 €	30,00 €	20,20 €	SF libérale	Aides	Clinique
															213,24 €	200,40 €	529,36 €
	Parcours E	SF Clinique	SF libérale	SF libérale	SF Clinique	SF Clinique	SF Clinique	SF Clinique	Clinique	Gyn Obs ou Radiologie	Clinique	Clinique	SF libérale	SF libérale	ville		
	Coût global	42,00 €	35,20 €	100,00 €	50,00 €	25,00 €	227,36 €	140,00 €	50,00 €	200,40 €	30,00 €	100,00 €	30,00 €	20,20 €	SF libérale	Aides	Clinique
															195,28 €	200,40 €	564,36 €

SEQUENCE 2 ÉPISEDE HOSPITALIER		GHS Mère	GHS BB	Majoration soins précoce		
	Parcours unique	Clinique	Clinique	Clinique	Clinique	
	Coût global	2 203,69 €	864,00 €	25,00 €	3 122,69 €	

SEQUENCE 3 PARCOURS POST NATAL		Entretien individuel post natal	Surveillance à domicile SF	Consultation SF supplémentaire	Consultation Maman SF	ville
	Parcours unique	SF libérale	SF libérale	SF libérale	SF libérale	SF libérale
	Coût global	42,00 €	100,40 €	25,00 €	25,00 €	192,40 €

e. Synthèse de la répartition du forfait global entre la ville et l'hôpital

Ville	Séquence 1 Prénatal	Séquence 2 Accouchement	Séquence 3 Postnatal	Total
Parcours A	820,04 €		192,40 €	1012,44 €
Parcours B	452,68 €		192,40 €	645,08 €
Parcours C	255,68 €		192,40 €	448,08 €
Parcours D	410,68 €		192,40 €	603,08 €
Parcours E	385,68 €		192,40 €	578,08 €

Clinique	Séquence 1 Prénatal	Séquence 2 Accouchement	Séquence 3 Postnatal	Total
Parcours A	230,00 €	3122,69 €		3352,69 €
Parcours B	597,36 €	3122,69 €		3720,05 €
Parcours C	794,36 €	3122,69 €		3917,05 €
Parcours D	639,36 €	3122,69 €		3762,05 €
Parcours E	664,36 €	3122,69 €		3787,05 €

6. MODALITÉS DE CONDUITE DU PROJET D'EXPÉRIMENTATION

A. PORTEURS DE PROJETS

a. Participants et signataires

Statut	Région	Ville	Établissement	Signataire
Groupe Mutualiste	Bretagne/Pays de Loire	Nantes	Hospi Grand Ouest	Gwénolée Abalain
Espic	Pays de Loire	Nantes	Clinique Jules Verne	Catherine Debard
Espic	Bretagne	Rennes	Clinique La Sagesse	Gwenaël Godin
Ex. OQN	Bretagne	Plérin	Hôpital Privé des Côtes d'Armor	Pierre Guégan

b. Partenaires

Cette expérimentation se fera avec un partenariat avec des professionnels de ville, les sages-femmes, dans le cadre de la mise en œuvre d'un réseau ville-hôpital.

B. DURÉE DE L'EXPÉRIMENTATION

L'expérimentation proposée est prévue pour durer 3 ans.

C. PROPOSITION DE CALENDRIER

Les trois établissements de santé d'Hospi Grand Ouest, disposant d'une maternité, entreront dans l'expérimentation dès la première année.

Au regard de l'évaluation des parcours proposés et d'une analyse simultanée des activités de soins mises en œuvre dans le cadre des suivis périnataux hors expérimentation, le contenu des parcours et le forfait correspondant pourront faire l'objet d'un réajustement à l'issue de la première année.

Les données sur la prise en charge des patients inclus dans l'expérimentation seront recueillies et analysées tout au long de l'expérimentation. Une analyse simultanée des activités de soins mises en œuvre dans le cadre des suivis périnataux hors expérimentation sera réalisée. Ces deux approches permettront d'adapter le dispositif organisationnel et financier au fur et à mesure pour qu'il réponde au mieux aux besoins, ainsi que l'évaluation de l'impact du dispositif sur la qualité et l'efficacité du suivi des patients.

D. BESOINS, RESSOURCES ET BUDGET PRÉVISIONNEL

a. L'expérimentation nécessite des besoins spécifiques pour chaque clinique

Ils sont de trois ordres : gestion du projet d'expérimentation, formation des sages-femmes coordinatrices, et déploiement d'un outil numérique de partage d'informations et de suivi des parcours.

- **La gestion du projet d'expérimentation** sera assurée à la fois en central, au niveau d'Hospi Grand Ouest, pour piloter l'ensemble des projets des sites et consolider les données et analyses, et dans chaque clinique pour organiser le déroulement du projet et la mise à disposition des données requises pour les évaluations ⁽¹⁾.
- **Les sages-femmes coordinatrices** seront au cœur de l'organisation des futurs parcours. Afin de leur permettre d'acquérir les compétences requises pour garantir une organisation optimale, une formation leur sera proposée, de type « DU Soins Encadrement et Pilotage de l'Organisation des Soins - Option Coordination de Parcours de Soins » proposé par l'Université Paris Est Créteil, la faculté de médecine et l'École Supérieure Montsouris.
- Enfin, **l'utilisation d'un outil numérique de suivi des futures mères** est un élément essentiel du dispositif proposé pour permettre le partage des données et informations de

1. Missions du chef de projet Hospi Grand Ouest

- Coordonner l'expérimentation en lien avec les différents interlocuteurs institutionnels;
- Préparer et animer le comité de pilotage mis en œuvre pour l'expérimentation;
- Suivre le déroulement de l'expérimentation (plan d'actions, calendrier, évaluation...). Coordonner la mise en œuvre des outils et supports mobilisés durant l'expérimentation.

Missions des pilotes de projet de chaque clinique

- Participer au comité de pilotage;
- Assurer les actions de communication auprès des professionnels (ville et clinique) et des femmes;
- Suivre le déroulement du projet conformément au cahier des charges;
- Construire et animer le groupe de sages-femmes référentes en lien avec la sage-femme coordinatrice.

suivis entre les professionnels de la ville et des cliniques. L'application choisie aura également pour objet de centraliser l'ensemble des patientes incluses dans l'expérimentation, leur avancement dans le parcours et les professionnels associés, ainsi que toutes leurs données de suivi. Un outil est en cours de sélection pour un déploiement dès 2020.

Concernant l'évaluation du dispositif, Hospi Grand Ouest souhaite s'appuyer sur les organisations existantes (DREES, Inserm) et réaliser l'évaluation avec les moyens d'accompagnement mis à disposition dans le cadre des projets « article 51 ». En cas d'impossibilité, des moyens complémentaires d'experts et statisticiens devront être demandés.

b. Budget prévisionnel

Budget prévisionnel		Année 1			Année 2			Année 3		
		Par clinique	HGO	TOTAL	Par clinique	HGO	TOTAL	Par clinique	HGO	TOTAL
Formation	Formation des 3 SF de coordination (D.U. à 3260 €)	3 260 €		9 780 €			0 €			0 €
Informatique	Abonnement à une plateforme de suivi des parcours (web system)	450 €		1 350 €	450 €		1 350 €	450 €		1 350 €
Pilotage projet	Chef de projet médico-économique HGO (0,3 ETP)		30 000 €	90 000 €		20 000 €	20 000 €		10 000 €	10 000 €
	Pilotage du projet sur chaque site (0,2 ETP)	19 000 €		57 000 €	19 000 €		57 000 €	19 000 €		57 000 €

Budget prévisionnel Année 1 = 98 130 euros • Budget prévisionnel Année 2 = 78 350 euros • Budget prévisionnel Année 3 = 68 350 euros
Budget prévisionnel total = 244 830 euros

7. RÉCAPITULATIF DES BESOINS DE FINANCEMENT

■ COÛTS LIÉS AU FINANCEMENT FORFAITAIRE DES PARCOURS VILLE HÔPITAL

Les besoins de financement reposent sur une prise en charge forfaitaire par parturiente, à raison de 250 inclusions par an pour une durée d'expérimentation de trois ans.

- Le forfait se décompose en trois séquences : prénatale, hospitalière et postnatale.
- Un forfait correspondant à un parcours allégé pourra être proposé aux parturientes multipares ou ne souhaitant pas bénéficier de l'accompagnement global.

	Forfait global	Forfait allégé
Séquence prénatale	1 060,04 €	785,12 €
Séquence hospitalière pour accouchement	3 122,69 €	3 122,69 €
Séquence postnatale	192,40 €	167,40 €
TOTAL	4 375,13 €	4 075,21 €

Coût annuel, *a maxima*, sur la base de 250 inclusions = 1 093 782,50 €

- **Financement des parcours** : Coût total pour les 3 années d'expérimentation = 3 281 347,50 €
- **Coûts liés à l'ingénierie du projet** :
 - Année 1 = 98 130 €
 - Année 2 = 78 350 €
 - Année 3 = 68 350 €
- **Ingénierie** : Coût total pour les 3 années d'expérimentation = 244 830 €

	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de femmes	250	250	250	750
FISS	1 093 783 €	1 093 783 €	1 093 783 €	3 281 348 €
FISS Crédit d'amorçage	98 130 €	78 350 €	68 350 €	244 830 €
TOTAL	1 191 913 €	1 172 133 €	1 162 133 €	3 526 178 €

8. ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

- *Référentiel métier et compétences des sages-femmes* - Conseil National de l'Ordre des sages-femmes - janvier 2010.
- *Recommandations professionnelles - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* - Haute Autorité de Santé - mai 2016.
- *Enquête nationale périnatale - Rapport 2016* - Inserm et DREES.
- *Les maternités en 2019* - DREES - octobre 2017.
- *Suivi de grossesse et organisation des acteurs - Retour d'expériences et enseignements* - ANAP - juin 2016.
- *Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ?* - Conseil National de l'Ordre des sages-femmes - octobre 2014.
- *Photographie de la santé périnatale en France et en Europe en 2015* - Inserm - novembre 2018.
- *The european perinatal health report 2015* - Europeristat - novembre 2018.
- *Les sages-femmes, une profession en mutation* - Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) - mai 2016.
- *Les maternités, cahier 1 - Analyse générale* - Cour des comptes - décembre 2014.

ACTION PÉDAGOGIQUE PILOTE : LUTTER CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Expérience pluriprofessionnelle : les étudiants en pharmacie accompagnent des futurs professionnels de santé

PAR DR FRANÇOISE NAZIH-SANDERSON ¹, ISABELLE DERRENDINGER ² ET DR CLAIRE SALLENAVE-NAMONT ³

RÉSUMÉ

Une action de pédagogie innovante pluriprofessionnelle a été mise en place à la Faculté de Pharmacie de Nantes par les étudiants de 6^e année du parcours officine. Cette action concernait la lutte contre les violences faites aux femmes.

Après avoir eux-mêmes été formés, les étudiants de pharmacie ont pu transmettre leurs connaissances à des futurs professionnels de santé (étudiants dentistes et kinésithérapeutes). Cette formation s'est déroulée sur une demi-journée sous forme d'ateliers. Les étudiants étaient répartis en petits groupes.

Des affiches et flyers ont été produits par les étudiants de pharmacies. Cette action a été relayée sur les réseaux sociaux.

Le bilan de cette expérience a été très positif.

MOTS-CLÉS

Prévention • Violences faites aux femmes • Pluriprofessionnels • Pédagogie Innovante.

➤ POUVEZ-VOUS NOUS DÉCRIRE LA NAISSANCE DE VOTRE PROJET ?

La lutte contre les violences faites aux femmes est un véritable enjeu de santé publique. Avec 65 000 femmes victimes de violences chaque année, la Loire-Atlantique n'échappe pas à ce fléau et la lutte doit s'intensifier.

Il nous a semblé comme une évidence, en tant que structure de formation de professionnels de santé, d'inclure cette thématique au cœur de l'actualité. La naissance d'un tel projet a été initiée suite à une demande émanant des étudiants en 6^e année officine. Notre réponse fut de demander l'intervention de Madame Isabelle Derrendinger (Directrice de l'école de sages-femmes au CHU de Nantes) compétente dans ce domaine.

Il nous a semblé intéressant de permettre à nos étudiants de partager leurs compétences acquises avec leurs collègues du pôle santé, par une action Pédagogique Pilote faisant écho à l'installation du service sanitaire¹.

Proposer une transmission pluriprofessionnelle, par les pairs, nous a semblé pertinent afin :

- D'initier les étudiants de pharmacie d'officine aux enjeux de la prévention contre les violences faites aux femmes ;
- De permettre la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès d'une promotion de futurs kinésithérapeutes et dentistes ;
- Et de favoriser l'interprofessionnalité et d'intégrer la prévention contre les violences faites aux femmes dans leurs pratiques de futurs professionnels de santé.

➤ QUELLE STRATÉGIE PÉDAGOGIQUE AVEZ-VOUS EXPÉRIMENTÉE POUR Y PARVENIR ?

La stratégie choisie s'articule sur quatre phases :

- Sensibiliser et former par un apport théorique les futurs acteurs aux violences faites aux femmes.
- S'approprier ces mêmes compétences en plus petits groupes sur un thème précis, afin de contribuer à une action de communication en utilisant comme support :

1. Maître de conférences en Biochimie Générale et Clinique,

2. Directrice École de sages-femmes, CHU Nantes et Secrétaire Générale Conseil National Ordre des Sages-femmes,

3. Maître de conférences en Sciences Végétales et fongiques - UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université de Nantes.

1. Selon l'arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé.

les kits de formation des professionnels créés par la MIPROF en collaboration avec les ministères et les instances professionnelles concernées disponibles sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr

- Transmettre en partageant ces savoirs auprès d'étudiants en kinésithérapie et dentiste, en étant acteur avec l'aide de supports élaborés.
- Réaliser le bilan de l'action.

➤ POUVEZ-VOUS NOUS INDIQUER AVEC PRÉCISIONS LE CONTENU DE CHACUNE DES PHASES ?

1 Sensibiliser et former par un apport théorique les futurs aux violences faites aux femmes

Pour que l'action soit efficace pour lutter contre ce fléau, il faut qu'elle passe inévitablement par des professionnels de santé avertis. C'est pour cette raison qu'une sensibilisation a vu le jour à Nantes, à la demande d'étudiants, destinée à l'ensemble des étudiants de 6^e année parcours officine. Madame Isabelle Derrendinger (Directrice de l'école de Sages-femmes) intervient depuis quelques années auprès de nos étudiants dans le but qu'ils puissent acquérir des informations clés pour aider dans un premier temps à repérer les victimes, puis à les prendre en charge et à orienter les patientes chez qui ils détectent une situation de violence. Notre projet a vu le jour en 2019 quand nous avons proposé cette formation en 5^e année, à l'issue de laquelle, sur base de volontariat, nous les avons invités à intégrer cette thématique. Notre appel fut couronné de succès : 21 étudiants ont répondu positivement.

2 S'approprier ces mêmes compétences en plus petits groupes sur un thème précis, afin de contribuer à une action de communication en utilisant comme support Les kits de formation des professionnels créés par la MIPROF en collaboration avec les ministères et les instances professionnelles concernées sont disponibles sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr

Nous répartissons les étudiants dans trois groupes liés à un sujet en lien direct avec la thématique :

2. <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/telecharger-les-outils-de.html> consulté le 8 octobre 2019.



- Le 3919 (numéro d'appel de la plateforme d'écoute téléphonique pour les femmes victimes de violences conjugales) ;
- Le point noir (code qui pourrait aider les victimes de violences sous emprise à en parler : un point noir dessiné dans la paume de la main) ;
- et les images sexistes dans notre société.



Trois ateliers sont mis en place utilisant les outils de formation proposés par la MIPROF ²:

• LE COURT-MÉTRAGE « ANNA »

LES VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE

Il explique les mécanismes des violences au sein du couple, le repérage, la prise en charge par le professionnel et l'orientation.

• LE COURT-MÉTRAGE « ÉLISA »

LES VIOLENCES SEXUELLES

Il traite des conséquences des violences sexuelles et de l'impact du repérage systématique sur la femme victime.

• LE COURT-MÉTRAGE « TOM ET LÉNA »

L'IMPACT SUR LES ENFANTS DES VIOLENCES DANS LE COUPLE

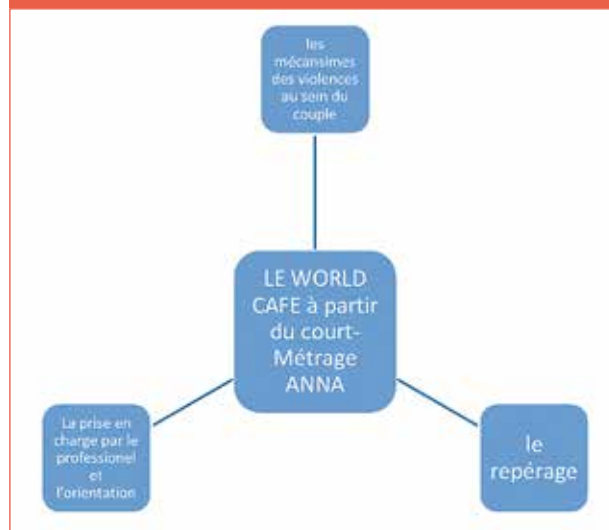
Il traite de l'impact des violences au sein du couple sur les enfants ainsi que du repérage et de la prise en charge de la mère et de l'enfant victimes.

Au cours de cet atelier alimenté par un des trois supports. Nous leur avons proposé un outil collaboratif et créatif facilitant le dialogue constructif et le partage des connaissances et des idées : le *World Café*, en vue de créer un moment d'échanges et d'actions (figure 1, page suivante). Au terme du processus, les principales idées sont résumées au cours d'une assemblée plénière et les possibilités de suivi sont soumises à discussion.

Au terme de cet après-midi de réflexion nous leur avons demandé de réaliser un support que nous allions diffuser sur les réseaux sociaux afin d'alerter le grand public.

Bilan : la prise en main des compétences était faite.

FIGURE 1 ➤ LES TROIS THÉMATIQUES ABORDÉES PAR LE WORLD CAFÉ



3 Partager ces savoirs auprès d'étudiants en kiné et dentaire, en étant l'acteur de la formation, avec l'aide de support élaborer.

➤ QUEL PUBLIC ÉTAIT CONCERNÉ ?

Le public était essentiellement composé d'étudiants de kinésithérapie et de dentaire eux-mêmes accompagnés par quelques enseignants référents.

➤ OÙ S'EST PASSÉE LA TRANSMISSION ?

L'après-midi a eu lieu au cœur de la Faculté de Pharmacie de Nantes dans un grand amphithéâtre pour l'introduction et la conclusion et dans de plus petites salles pour les quatre ateliers.

➤ QUEL A ÉTÉ LE DÉROULÉ DE CET APRÈS-MIDI ?

Dans un premier temps les étudiants ont été réunis tous ensemble et un bracelet d'une des quatre couleurs frappées du 3919 leur a été donné. Celui-ci était destiné à répartir les étudiants dans les quatre ateliers mais avec une portée symbolique importante :

- un soutien à la lutte contre les violences,
- faire connaître la cause,
- montrer l'identité d'un groupe à une même thématique,
- de plus, l'inscription du 3919 était éphémère, symbolisant la connaissance par l'ensemble du groupe du numéro

d'appel et afin de pouvoir peut-être un jour ne plus devoir s'en servir.

➤ DE QUOI A-T-ON PARLÉ ?

Mesurer l'état de leurs connaissances sur le sujet (des chiffres/redéfinir les termes en lien avec les textes de lois).

Et puis, par atelier, ils ont traité :

- La physiopathologie ;
- Impact de ces violences sur l'entourage ;
- Accompagnement ;
- Repérage et consentement.

Et, pour conclure, ils ont repris l'ensemble du groupe pour reprendre les grandes idées et leur remettre un dépliant pour les accompagner en tant que professionnel de santé.

➤ POUR CONCLURE, QUEL EST LE BILAN DE CETTE JOURNÉE ?

Recueil d'un sondage papier 144 participants

De façon générale, l'organisation de cette journée a été largement plébiscitée par l'ensemble des participants. Ce partage a été reconnu comme dynamique, interactif et les échanges interdisciplinaires ont été une vraie plus-value. De cette action menée, 97 % des participants ont été très satisfaits et 28 % auraient aimé que nous abordions d'autres champs de compétences comme :

- Aides à l'orientation des patients (association des noms, leurs rôles et le rôle de la police dans tout ce déroulé) c'est-à-dire une aide dans le *comment faire* ?
- Le comportement à suivre si le conjoint auteur des violences est présent ;
- Les notions du « secret médical » et les différents circuits juridiques ;
- Les autres types de violences (enfants, hommes, de rue...) ;
- Le suivi et l'après-violence ;
- Présenter des témoignages et des jeux de rôles ;
- Accentuer le rôle pluridisciplinaire ;
- Envisager la reconstruction ;
- Et qu'en est-il des violences au sein des autres cultures...

Le bilan de cette formation fut positif à hauteur de 95 % pour les participants, en tant que futur professionnel de santé, et pour 67 % d'entre eux, la vision des violences a changé suite à cette action.

L'ensemble des participants a été unanime sur la reproduction de cette action. •



Pré-sommaire

Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme

CHAPITRE 1. TEST DE GROSSESSE

- 1.1. Tests sanguins
- 1.2. Tests urinaires

CHAPITRE 2. PRÉVENTION

- 2.1. Confort urinaire
- 2.2. Équilibre de la flore
- 2.3. Frottis de dépistage
- 2.4. Hygiène féminine
- 2.5. Nutrithérapie : vitamines et oligo-éléments
- 2.6. Préparation à la naissance : matériel
- 2.7. Sport et grossesse
- 2.8. Tabacologie - Addictions
- 2.9. Troubles du sommeil
- 2.10. Vaccinations

CHAPITRE 3. PETITS MAUX DE LA GROSSESSE

- 3.1. Constipation
- 3.2. Crampes - Douleur
- 3.3. Lombalgies - Articulations
- 3.4. Nausées et vomissements
- 3.5. Pyrosis
- 3.6. Sciatique
- 3.7. Syndrome douloureux pelvien
- 3.8. Troubles veineux
- 3.9. Vergetures

CHAPITRE 4. INFECTIOLOGIE PARASITOLOGIE

- 4.1. CMV (cytomégalovirus)
- 4.2. Coqueluche
- 4.3. Grippe
- 4.4. Hépatites
- 4.5. Herpès
- 4.6. Chlamydia
- 4.7. Trichomonas
- 4.8. Candidoses
- 4.9. Infections urinaires
- 4.10. Rubéole et Grossesse
- 4.11. Streptocoque bêta hémolytique
- 4.12. Syphilis
- 4.13. Toxoplasmose
- 4.14. VIH
- 4.15. Protection des personnels
- 4.16. Désinfection des matériels et locaux

CHAPITRE 5. PATHOLOGIES OBSTÉTRICALES

- 5.1. Anémies ferriprive
- 5.2. Autres anémies
- 5.3. Cholestase gravidique
- 5.4. Diabète gestationnel
- 5.5. Fièvre et grossesse
- 5.6. Hydramnios
- 5.7. Hypertension gravidique
- 5.8. Iso immunisation rhésus
- 5.9. Menace d'accouchement prématuré
- 5.10. Métorrhagies
- 5.11. Oligoamnios
- 5.12. Placenta bas inséré
- 5.13. Prééclampsie

- 5.14. Prévention de l'allo-immunisation
- 5.15. RCIU
- 5.16. Rupture prématurée des membranes
- 5.17. Thrombopénie
- 5.18. Thyroïde
- 5.19. Post-Partum
- 5.20. Endométrite

CHAPITRE 6. PATHOLOGIES ET GROSSESSE

- 6.1. Diabète type 1
- 6.2. Épilepsie
- 6.3. Hémoglobinopathies
- 6.4. Dépistage anomalies chromosomiques
- 6.5. Phlébite

CHAPITRE 7. PÉRINÉE

- 7.1. Cicatrisation
- 7.2. Prévention massage
- 7.3. Rééducation
- 7.4. Suture

CHAPITRE 8. ALLAITEMENT MATERNEL

- 8.1. Abcès
- 8.2. Accessoires de confort
- 8.3. Crevasses
- 8.4. Engorgements
- 8.5. Mastites
- 8.6. Nutrithérapie
- 8.7. Tire-lait
- 8.8. Aide à l'allaitement

CHAPITRE 9. ALLAITEMENT BIBERON

- 9.1. Biberon
- 9.2. Produits lactés pour nourrisson
- 9.3. Produits non-lactés

CHAPITRE 10. PÉDIATRIE

- 10.1. Coliques
- 10.2. Ictère
- 10.3. Portage
- 10.4. Supplémentations vitaminiques
- 10.5. Surveillance poids
- 10.6. Erythème fessier

CHAPITRE 11. GYNÉCOLOGIE

- 11.1. Pilule contraceptive
- 11.2. Implant
- 11.3. DIU
- 11.4. Contraception locale
- 11.5. Endométriose
- 11.6. Incontinence
- 11.7. Ménopause
- 11.8. Prolapsus
- 11.9. Sénologie
- 11.10. Sécheresse vaginale
- 11.11. Fertilité

- 11.12. Ostéoporose
- 11.13. Règles
- 11.14. Vulve - Vagin
- 11.15. Fausses couches spontanées
- 11.16. IVG

CHAPITRE 12. SANTÉ, BEAUTÉ, ENVIRONNEMENT PARAPHARMACIE

- 12.1. Dispositifs à propriétés réparatrices
- 12.2. Dermocosmétique pour la grossesse et la femme
- 12.3. Dermocosmétique pour le bébé

CHAPITRE 13. MATÉRIEL

- 13.1. Appareil de rééducation
- 13.2. Bilirubinomètre
- 13.3. Cardiotocographe
- 13.4. Échographie
- 13.5. Kit de suture
- 13.6. Logiciel médical
- 13.7. Pèse-bébé
- 13.8. Sonicaid dopplers
- 13.9. Spéculum
- 13.10. Tables d'examen

CHAPITRE 14. CONSOMMABLES

- 14.1. Doigtiers
- 14.2. Drap d'examen
- 14.3. Gants
- 14.4. Consommables pour la maman
- 14.5. Consommables pour le bébé

CHAPITRE 15. CONFORT DE LA MAMAN ET DU BÉBÉ

- 15.1. Hydratation
- 15.2. Rééducation
- 15.3. Soutien psychologique
- 15.4. Couches - Consommables
- 15.5. Thermalisme

CHAPITRE 16. ÉQUIPEMENT ET MANAGEMENT DU CABINET/MATERNITÉ

- 16.1. Logiciels
- 16.2. Imagerie
- 16.3. Lasers
- 16.4. Autres équipements
- 16.5. Réseaux Maternités - Cliniques
- 16.6. Assurances - Réseaux de Soins

CHAPITRE 17. INSTANCES REPRÉSENTATIVES, FORMATION

- 17.1. Institutions et organismes représentatifs
- 17.2. Formation Primaire de la Sage-Femme
- 17.3. Organismes de Formation professionnelle
- 17.4. Associations - Juridique



Le Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme est édité par les Éditions ESKA
et utilise les contenus du Vidal 2020 (avec l'aimable autorisation du Vidal)

12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF - Cécile GROGNARD - Alicia GORILLIOT

www.eska.fr - Tél. : 01 42 86 55 79



DIAGNOSTICS EN VICTIMOLOGIE

OUVRAGE COLLECTIF
SOUS LA DIRECTION DE BERNARD MARC

La prise en charge des victimes de tous âges et de toutes violences (physiques, sexuelles et psychologiques), en particulier les femmes, nécessite, pour les praticiens, de disposer d'outils adaptés afin de leur permettre d'intervenir comme « référents » et de poser un juste diagnostic sur les violences qu'ils rencontrent dans leur quotidien. Le manuel *Diagnostics en victimologie* constitue une référence indispensable pour les professionnels qui interviennent auprès des victimes (médecins, psychologues, psychiatres, infirmières, enquêteurs de police et de gendarmerie, magistrats, avocats, professionnels du monde socio-éducatif et associatif). Cet ouvrage, unique en son genre, aborde toutes les preuves des violences depuis les lésions de base jusqu'aux aspects spécifiques des violences faites aux femmes, des maltraitements sur mineurs ou des mutilations sexuelles. Co-écrit par des praticiens reconnus en médecine et psychologie légales, *Diagnostics en victimologie* est le fruit de leur expérience acquise au sein d'unités médico-judiciaires accueillant les victimes. S'appuyant sur plus de 300 documents et photographies commentées, ce manuel décrit tous les types de traumatisme que l'on peut rencontrer en victimologie.

Cet ouvrage se compose de 5 parties : Violence psychologique - Les lésions de violence - Violences et maltraitements chez les mineurs - Maltraitements chez les adultes - Violences sexuelles

L'AUTEUR

Bernard MARC est chef de service médico-judiciaire du Grand Hôpital de l'Est francilien, auteur d'ouvrages et éditeur scientifique pour des éditions françaises et internationales, rédacteur en chef adjoint du *Journal de Médecine Légale*.

Des médecins légistes (Dr Ghaith, Dr Barthès, Dr Paret), gynécologue (Dr Vangedenderhuysen) et psychologue clinique experte (M^{me} Hanafy) ont collaboré à cet ouvrage qui trouvera sa place sur le bureau des professionnels pour un usage quotidien, au service des victimes.

Martine Brousse, fondatrice de « La voix de l'enfant » a réalisé la postface. Son action pour les mineurs en danger, concertée avec les services hospitaliers pédiatriques et médico-judiciaires, est désormais une référence.



Éditions Eska

280 pages couleur

ISBN 978-2-7472-2896-1

Prix : 65 € + 1 € de frais de port

<https://eska-publishing.com/fr>

LA BASCULE DU BASSIN

TEXTE ET MISE EN SCÈNE : ISABELLE FRUCHART

(fruit de sa résidence au CALM en 2016)

DATE : 21 mars 2020 à 20h30

Après *Journal de ma nouvelle oreille*, le nouveau spectacle d'Isabelle Fruchart fait basculer trois femmes de trois générations différentes dans les affres et les plaisirs de la maternité. Jean-Quentin Châtelain, Mia Delmae, Éveline Istria et Maria de Medeiros relèvent le défi de donner corps à ces personnages écrits pour eux, inspirés par leur voix, leur posture, leur regard. Un quatuor exceptionnel, pour un texte inédit, entre humour et tendresse.

Avec : Jean-Quentin Châtelain, Maria de Medeiros, Mia Delmae, Éveline Istria



<http://www.fontenayenscenes.fr>
Tarif : 19 € (réductions possibles)

Lieu : Salle Jacques Brel
164 boulevard Gallieni
94120 Fontenay-sous-Bois

AGENDA EN BREF

● 12 MARS 2020

PARIS 12^e - Hôpital des Diaconesses
Les Dialogues de l'Obstétrique
par Les Dossiers de l'Obstétrique
congres.eska.fr

● 13-14 MARS 2020

PARIS 3^e
Séminaire annuel Association
Française des Sages-Femmes
Acupuncteurs
cerc-congres.com

● 26-27 MARS 2020

TOULOUSE - Palais des Congrès
de la Grande Motte
Journées communes JLARGO &
du Réseau Périnatalité Occitanie
<https://www.jlargo.fr>

● 27 MARS 2020

PARIS 12^e
Les Dialogues de l'Obstétrique
Les événements de l'année en
infectiologie Mère-Enfant
congres.eska.fr

● 27-28 MARS 2020

HALLE PAJOL - PARIS 18^e
Assemblée générale et Colloque de
l'Association Nationale des Sages-
femmes Libérales
ansfl.org

● 13-14-15 MAI 2020

LILLE
48^{es} Assises Nationales des Sages-
Femmes - 31^e Session Européenne
cerc-congres.com

● 2 JUIN 2020

PARIS 7^e
Journée à thème du Collège National
des Sages-Femmes de France
Thème : Les 1 000 premiers jours.
Expertise et engagements des sages-
femmes
cerc-congres.com

● 10-11 JUILLET 2020

PARIS - Palais des Congrès
1st International Congress of IVF
centers - Quality in IVF centers
congres.eska.fr

● 10 SEPTEMBRE 2020

MARSEILLE
10^{es} Rencontres A Deux Mains
www.ra2m.fr

● 8-9 OCTOBRE 2020

PARIS 15^e
23^{es} Journées de sénologie interactive
Journées du Centre des Maladies
du Sein de l'hôpital Saint-Louis
congres.eska.fr

● 6-7 NOVEMBRE 2020

PARIS 15^e
48^{es} Journées Jean Cohen
Gynécologie - Obstétrique
et Reproduction
congres.eska.fr

TRISOMIE 21

Un dépistage plus performant et moins invasif

PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ - 11 FÉVRIER 2020

La stratégie de dépistage de la trisomie 21 a évolué pour gagner en performance avec l'intégration d'un nouvel examen : le test ADN libre circulant. Explications du Dr Roselyne Delaveyne*, du service évaluation économique et santé publique à la HAS.

Un test qui s'intègre au dépistage actuellement proposé

La HAS recommande l'intégration de l'analyse de l'ADN libre circulant dans le sang maternel du chromosome 21 (ADN LC T21) lorsque le risque estimé de trisomie 21 fœtale est compris entre 1/1 000 et 1/50. L'estimation de ce risque reste calculée sur la base des critères habituels :

- l'âge maternel ;
- le dosage des marqueurs sériques (PAPP-A, β -HCG) ;
- la mesure échographique de la clarté nucale.

« Le test ADN LC à la recherche d'une trisomie 21 ne remplace ni l'échographie ni les marqueurs sériques, souligne le Dr Roselyne Delaveyne, du service évaluation économique et santé publique à la HAS. Il ne remplace pas non plus le caryotype fœtal, seul examen permettant un diagnostic de certitude ».

Pour les femmes ayant un risque de trisomie 21 fœtale inférieur à 1/1000, on considère que le fœtus est à très faible risque de trisomie 21 et la procédure de dépistage s'arrête.

Pour les femmes ayant un risque supérieur à 1/50 comme pour les femmes à haut risque du fait d'une clarté nucale augmentée $\geq 3,5$ mm), la HAS recommande de proposer d'emblée un caryotype fœtal (voir infographie sur le site : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974232/fr/trisomie-21-un-depistage-plus-performant-et-moins-invasif).

Un mélange d'ADN fœtal et maternel

Le test ADN LC T21 recherche une surreprésentation statistique du nombre de copies du chromosome 21 au sein de l'ADN libre circulant dans le sang maternel. « Cet ADN libre circulant est un mélange d'ADN issu de cellules maternelles et d'ADN issu majoritairement des cellules trophoblastiques ou placentaires et dans une moindre mesure de la lyse ou apoptose des cellules fœtales passées dans la circulation sanguine maternelle par voie transplacentaire », précise le Dr Delaveyne. La fraction fœtale représente environ 10 % de l'ADN LC. Elle est détectable dès la cinquième ou sixième semaine d'aménorrhée et augmente au fil de la grossesse (voir encadré ci-contre).

Un test à la sensibilité et à la spécificité élevées

Fondé sur des analyses génétiques de dernière génération, le test ADN LC de la trisomie 21 bénéficie d'un taux de détection supérieur à 99 % selon une méta-analyse conduite par la HAS et les méta-analyses publiées dans la littérature étrangère.

* Propos recueillis par Arielle Fontaine (HAS)

ZOOM SUR L'ADN LIBRE CIRCULANT

- L'ADN fœtal libéré dans la circulation sanguine maternelle est un ADN dégradé détectable dès la 5^e-6^e SA. Sa quantité augmente avec l'avancée de la grossesse.
- Il représente environ 10 % de l'ADN total en libre circulation dans le sang maternel (90 % = ADN maternel) et est majoritairement issu des cellules trophoblastiques placentaires.
- Il est totalement éliminé de la circulation maternelle moins de 48 heures après l'accouchement.
- La part fœtale de cet ADN ou fraction fœtale varie avec l'âge gestationnel (augmentation au cours de la grossesse), l'indice de masse corporelle (IMC) de la mère (lorsque l'IMC augmente, la fraction d'ADN maternel augmente par remodelage des adipocytes et la fraction d'ADN fœtal libre diminue).

Les faux négatifs sont évalués à 0,08 % seulement. Ils peuvent résulter :

- d'une fraction fœtale basse (test trop précoce avant la onzième semaine de grossesse ou chez une mère en excès de poids) ;
- des limites technologiques du test qui ne permettent pas de détecter les mosaïques très faibles d'aneuploïdies 13, 18 et 21 ;
- des mosaïques confinées au fœtus ;
- des anomalies de structures impliquant des segments chromosomiques (13, 18 et 21) de très petite taille ou d'autres chromosomes que les chromosomes 13, 18 et 21 ;
- d'une triploïdie (69, XXX).

« Les faux positifs sont beaucoup moins nombreux qu'avec les procédures de dépistage en vigueur depuis 2009 », précise le Dr Delaveyne. Estimés à 0,02 %, ils peuvent traduire :

- une discordance fœtoplacentaire (mosaïque confinée au placenta) ;
- une anomalie du nombre de copies maternelles (mosaïque maternelle) ;
- une néoplasie maternelle (présence d'un ADN tumoral libre circulant) ;
- un jumeau évanescant (arrêt de développement d'un des deux embryons qui serait porteur d'une T21).

Des progrès sur le plan médical et humain

L'introduction du test ADN LC pour les femmes enceintes ayant un risque de trisomie 21 fœtale compris entre 1/1000 et 1/50 vise à améliorer le taux de détection de la trisomie 21 fœtale (vrais positifs) et à réduire le nombre d'amniocentèses et de choriocentèses inutiles (faux positifs), et donc le risque de perte fœtale lié à ces examens

invasifs (ce dernier a été estimé à 0,11 % pour l'amniocentèse et 0,22 % pour la choriocentèse dans une méta-analyse publiée en 2015).

Le test ADN LC devrait permettre d'éviter 11 000 caryotypes fœtaux par an par comparaison à la stratégie de dépistage standard (dépistage combiné du 1^{er} trimestre suivi d'un caryotype fœtal si risque estimé > à 1/250).

En conduisant à un diagnostic plus précoce, la nouvelle stratégie recommandée devrait limiter les éventuelles interruptions médicales de grossesse tardives, aux conséquences psychologiques souvent lourdes.

Le contenu de cet article, actualisé le 11 février 2020, a été élaboré à partir des recommandations sur la « Place des tests ADN libre circulant dans le sang maternel dans le dépistage de la trisomie 21 fœtale ».

LES TESTS ADN LC T21 EN 4 POINTS

Le principe général des tests ADN LC T21: rechercher une surreprésentation statistique du nombre de séquences d'ADN fœtal du chromosome 21. Cela nécessite de compter un grand nombre de molécules d'ADN circulant afin de pouvoir discriminer significativement les fœtus euploïdes des fœtus porteurs d'une T21.

- 1 Ils reposent soit sur une approche globale au cours de laquelle l'intégralité du génome est analysée, soit sur une approche ciblée qui consiste à identifier et à analyser des séquences spécifiques du chromosome 21.
- 2 Selon le contrôle du marché des tests ADN libre circulant dans le sang maternel pour évaluer le risque de trisomie 21 fœtale publié par l'ANSM en 2019, les dispositifs marqués CE des tests ADNLC n'utilisent pas tous la même technique (séquençage aléatoire tout génome, séquençage ciblé, amplification de séquences ciblées):
 - séquençage aléatoire tout génome ou séquençage massif parallèle d'ADN (*massively-parallel Sequencing* ou MPS);
 - séquençage ciblé par séquençage haut débit des SNP (*single nucleotide polymorphism sequencing*);
 - amplification de séquences ciblées par hybridation sur puces à ADN.
- 3 En cas de résultat positif, il doit toujours être confirmé par la réalisation d'un caryotype fœtal après amniocentèse ou choriocentèse. En réalisant cette analyse, le statut du fœtus pour la T21 sera établi avec certitude.
- 4 En cas de résultat ininterprétable, un second dépistage de la trisomie 21 fœtale par l'analyse de l'ADN libre circulant dans le sang maternel peut être effectué sur un nouveau prélèvement.

INFORMER LA FEMME ENCEINTE: UN ENJEU PRIMORDIAL

L'information délivrée à la femme enceinte ou au couple est capitale tout au long de la procédure de dépistage. Il s'agit de permettre à la femme d'exercer librement ses choix et de s'assurer que les résultats sont bien compris.

Un document a été édité par la HAS pour expliquer aux femmes enceintes le déroulement du dépistage et du diagnostic de la trisomie 21 afin de les aider à faire leur choix. Les prescripteurs peuvent le remettre en consultation, à l'appui de leurs explications.

- 1 Au cours de la première consultation prénatale, le prescripteur informe de la possibilité de réaliser (ou non) un dépistage de la trisomie 21. Il rappelle que le choix de le faire appartient à la femme et qu'à chaque étape, celle-ci peut renoncer à poursuivre, ou même interrompre, si elle le souhaite, le processus de dépistage. Le prescripteur explique aussi les modalités de ce dépistage.
- 2 Dès réception des résultats du calcul du niveau de risque de T21 fœtale, le prescripteur informe la femme sur les modalités de poursuite de la procédure de dépistage selon le niveau de risque calculé: arrêt de la procédure de dépistage, test ADN LC T21, ou caryotype fœtal d'emblée (voir tableau ci-après).
- 3 Cette information est très sensible, les termes « test positif » ou « test négatif » pouvant être mal interprétés par des non professionnels, il a été décidé d'exprimer le risque de T21 fœtale par une valeur numérique de niveau de risque: < 1/1000, compris entre 1/1000 et 1/50, ≥ 1/50 (cf. ci-contre).

- 4 Pour les femmes ayant eu un caryotype fœtal et si le diagnostic de trisomie 21 est confirmé, le couple est informé qu'il a le choix de poursuivre ou d'interrompre la grossesse. Le professionnel de santé oriente la femme enceinte vers une consultation spécialisée dans un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) et vers une consultation de conseil génétique.



- 5 Si le prescripteur ne suit pas cliniquement la grossesse, il lui est recommandé de préciser au laboratoire le nom du médecin référent de la patiente afin que le laboratoire transmette les résultats à ce médecin en parallèle.

PLUS D'INFORMATIONS:

https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974232/fr/trisomie-21-un-depistage-plus-performant-et-moins-invasif



LES 1000 PREMIERS JOURS

Expertise et engagement des sages-femmes

2 JUIN 2020 – PARIS

- PROGRAMME* -

8:30 Ouverture de la journée - **Adrien GANTOIS**, Président

9:00 CONTEXTUALISONS LES 1000 PREMIERS JOURS DE LA VIE

Modérateur : Rémi BÉRANGER

- La convention internationale des droits de l'enfant à 30 ans : que deviennent les droits fondamentaux des enfants en France et dans le Monde ? *Intervenant UNICEF*
- Connaissances scientifiques actuelles relatives aux perturbateurs endocriniens et à leurs effets sur la santé
- L'origine du développement mental de la santé et des maladies, on en parle ?

10:30 Pause et visite des stands

11:00 DES ENGAGEMENTS VISIBLES EN FAVEUR DE LA SALUTOGÉNÈSE

Modératrice : Sabine Paysant

- CHU labélisé IHAB, c'est possible !
- Comment devient-on maternité éco-responsable ?
- Agir pour bébé : un site internet à destination des parents. *Santé Publique France*

12:30 Pause / Déjeuner libre

14:00 LIENS AFFECTIFS

Modératrice : Sandrine MILLONES

- Biologie de l'attachement, sous le signe du lien
- L'accompagnement global à la naissance, un engagement en faveur du lien parental

15:30 Pause et visite des stands

16:00 IDENTIFIER DES TEMPS PRIVILÉGIANT L'ACCOMPAGNEMENT À LA PARENTALITÉ

Modératrice : Anne BATTUT

- La cartographie Urkind au service de l'entretien prénatal précoce
- L'entretien post-natal précoce : comment le mettre en place ?
- La dépression du post-partum : une pathologie à dépister

17:30 *Fin de la journée*

*sous réserve de modification

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 4 FÉVRIER 2020

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES Sécurité des patientes et des nouveau-nés Respectons la spécificité des compétences de chaque professionnel de santé

L'Ordre national des Infirmiers (ONI) et le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) constatent que dans de trop nombreux établissements, en raison d'organisations inadaptées et de pénurie de personnel soignant, les sages-femmes sont contraintes à réaliser en dehors de leur cadre de compétence des actes réservés aux infirmiers de bloc opératoire (IBODE).

Les Ordres reçoivent de plus en plus de signalements de professionnels inquiets de ces dérives organisationnelles et managériales : absence de personnel qualifié, engorgement des services, non-respect des règles portant sur les ratios d'effectifs, sur les compétences des infirmiers et des sages-femmes ; autant de carences qui pèsent à la fois sur les professionnels et les patientes. Or, dans les maternités, sages-femmes et infirmiers doivent intervenir de manière coordonnée et dans le respect des compétences de chacun, afin d'assurer une prise en charge sécurisée et de qualité.

Ces actes hors champ de compétences, imposés aux professionnels par leur hiérarchie, menacent gravement la sécurité des patientes et des nouveau-nés. En effet, **les sages-femmes appelées sur des fonctions d'IBODE ne peuvent assurer la prise en charge des patientes qui sont sous leur responsabilité.**

Pour rappel, les sages-femmes sont des professionnelles médicales à compétences définies (article L. 4151-1 du code de la santé publique) et ne peuvent, à ce titre, effectuer des actes réservés à d'autres professionnels de santé qualifiés. **Le Code de la santé publique (art. R4311-11) ne porte nulle mention des fonctions de circulant, aide opératoire ou instrumentiste dans le cadre de la réglementation de la profession de sage-femme.** Ces fonctions sont réservées aux infirmiers. C'est parce qu'il existe des actes spécifiques qui nécessitent des connaissances spécifiques, et donc une formation spécifique, que le rôle de l'IBODE doit être garanti.

Face à la banalisation de ces pratiques et dans l'objectif de préserver la sécurité des patientes, le CNOSF et l'ONI appellent **les pouvoirs publics à faire respecter l'application de la réglementation et à garantir les compétences de chaque professionnel de santé** afin d'éviter qu'ils se retrouvent en situation d'exercice illégal.

PLUS D'INFORMATIONS :

<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 3 FÉVRIER 2020

HAS Dépistage néonatal : quelles maladies dépister ?

L'innovation technique que représente la spectrométrie de masse en tandem permet aujourd'hui de multiplier le nombre de maladies dépistées à la naissance, à partir d'un même prélèvement sanguin. La HAS a évalué la pertinence d'étendre le dépistage néonatal par cette technique à plusieurs erreurs innées du métabolisme.

Le dépistage néonatal est une démarche de santé publique visant à rechercher chez l'ensemble des nouveau-nés certaines maladies rares mais graves, d'origine génétique pour la plupart. L'enjeu est de mettre en œuvre, avant l'apparition de symptômes, des mesures appropriées afin d'éviter ou de limiter les conséquences négatives de ces maladies sur la santé des enfants. En France, ce dépistage fait l'objet d'un programme national. Cinq maladies sont actuellement recherchées par des tests biologiques réalisés à partir d'une goutte de sang recueillie sur papier buvard : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, la drépanocytose, l'hyperplasie congénitale des surrénales et la mucoviscidose (voir encadré). Suite à la recommandation de la HAS, le dépistage du déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaînes moyennes (MCAD) va être intégré au programme en 2020.

La question des dépistages néonataux se pose d'autant plus aujourd'hui que les innovations technologiques facilitent leur mise en œuvre. L'arrivée de la spectrométrie de masse en tandem, technique d'analyse moléculaire, rend possible le dépistage de nombreuses maladies à partir d'un seul prélèvement sanguin, notamment le groupe des maladies qualifiées d'erreurs innées du métabolisme. Dans des travaux publiés ce jour, la HAS a évalué l'opportunité de dépister ces maladies par la technique de la spectrométrie de masse en tandem. Plus précisément, elle a défini les critères de sélection et les a appliqués pour évaluer l'intérêt du dépistage de 24 erreurs innées du métabolisme.

L'évaluation de la HAS se concentre sur les erreurs innées du métabolisme

Les erreurs innées du métabolisme sont graves, héréditaires et – bien que chacune soit rare – leur impact global

sur la morbi-mortalité constitue une problématique de santé publique. Un diagnostic précoce, instauré avant la survenue des symptômes cliniques, permet de décider ou non d'une intervention et potentiellement d'améliorer le pronostic. En l'absence d'intervention précoce, les erreurs innées du métabolisme peuvent entraîner le décès rapide. Pour la plupart de ces maladies, il s'agit d'adopter un régime alimentaire adapté incluant des suppléments, vitaminiques par exemple. Ces prises en charge ne sont pas « lourdes » médicalement même si elles ont un impact important sur le quotidien des enfants et de leur famille.

Des critères solides pour décider quelles maladies dépister

Dans le cadre de ce travail, la HAS a mis en œuvre une démarche générique d'évaluation portant sur les erreurs innées du métabolisme : elle a défini les critères à prendre en considération dans le choix des maladies à dépister à la naissance. Pour cela, la HAS a évalué la pertinence des critères définis en 2004 par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et les a comparés à ceux qui sont utilisés dans les autres pays. Ainsi, 15 ans plus tard, la HAS confirme leur robustesse et leur pertinence. La HAS distingue parmi eux des critères majeurs et des critères mineurs. Les critères majeurs sont la connaissance de l'histoire naturelle de la maladie, sa gravité, l'efficacité du traitement, le bénéfice individuel d'une intervention précoce et la fiabilité de l'examen de dépistage. Les critères mineurs sont l'incidence de la maladie et l'impact organisationnel du dépistage.

Elargir le dépistage néonatal par spectrométrie de masse à 7 nouvelles maladies

Sur les 24 erreurs innées du métabolisme évaluées, la HAS préconise l'introduction de 7 d'entre elles dans le programme

national de dépistage néonatal par spectrométrie de masse : la leucinosé (MSUD), l'homocystinurie (HCU), la tyrosinémie de type 1 (TYR-1), l'acidurie glutarique de type 1 (GA-1), l'acidurie isovalérique (IVA), le déficit en déshydrogénase des hydroxyacyl-CoA de chaîne longue (LCHAD), et le déficit en captation de carnitine (CUD). Ces 7 maladies s'ajouteraient aux 5 déjà dépistées et à MCAD déjà recommandée par la HAS, mais

non encore dépistée. Les 17 autres pathologies ne sont pour l'instant pas retenues par la HAS, mais certaines seront réévaluées d'ici 3 ans, notamment pour tenir compte des nouvelles données scientifiques attendues.

L'inscription de nouvelles pathologies au programme de dépistage va nécessiter une évolution de l'organisation des centres d'expertise mais aussi des maternités. Pour les centres, dont le

nombre doit rester limité pour maintenir une expertise poussée, l'enjeu sera de gérer l'augmentation du nombre d'analyses différentes pour chaque échantillon recueilli. Pour les maternités, l'organisation doit permettre la coordination entre biologistes et cliniciens en particulier pour réaliser le prélèvement entre 48 et 72 heures après la naissance, et transmettre les buvards au laboratoire dans un délai maximum de 24 heures.

LE TEST DE GUTHRIE > A la naissance, une série de dépistages est proposée aux parents de chaque nouveau-né. Elle repose sur le prélèvement d'une goutte de sang sur le talon du nourrisson, laquelle est déposée sur un papier buvard. Ce prélèvement sanguin, appelé « test de Guthrie », est ensuite envoyé à un laboratoire spécialisé (à ce jour 13 centres en France) pour y rechercher la présence de 5 maladies : la phénylcétonurie, l'hyperplasie congénitale des surrénales, l'hypothyroïdie, la mucoviscidose et, pour les nouveau-nés présentant des facteurs de risque, la drépanocytose.

Ces pathologies sont dépistées à partir du même prélèvement sanguin sur papier buvard, mais via différentes techniques d'analyse. Parmi elles, la spectrométrie de masse en tandem offre de nouvelles opportunités de dépistage, notamment celui du déficit en MCAD, dont le déploiement sur l'ensemble du territoire est prévu en 2020. Aussi, le travail publié ce jour par la HAS vise à compléter les recommandations en vigueur et cible uniquement les maladies métaboliques dépistées par la technique de spectrométrie de masse en tandem.

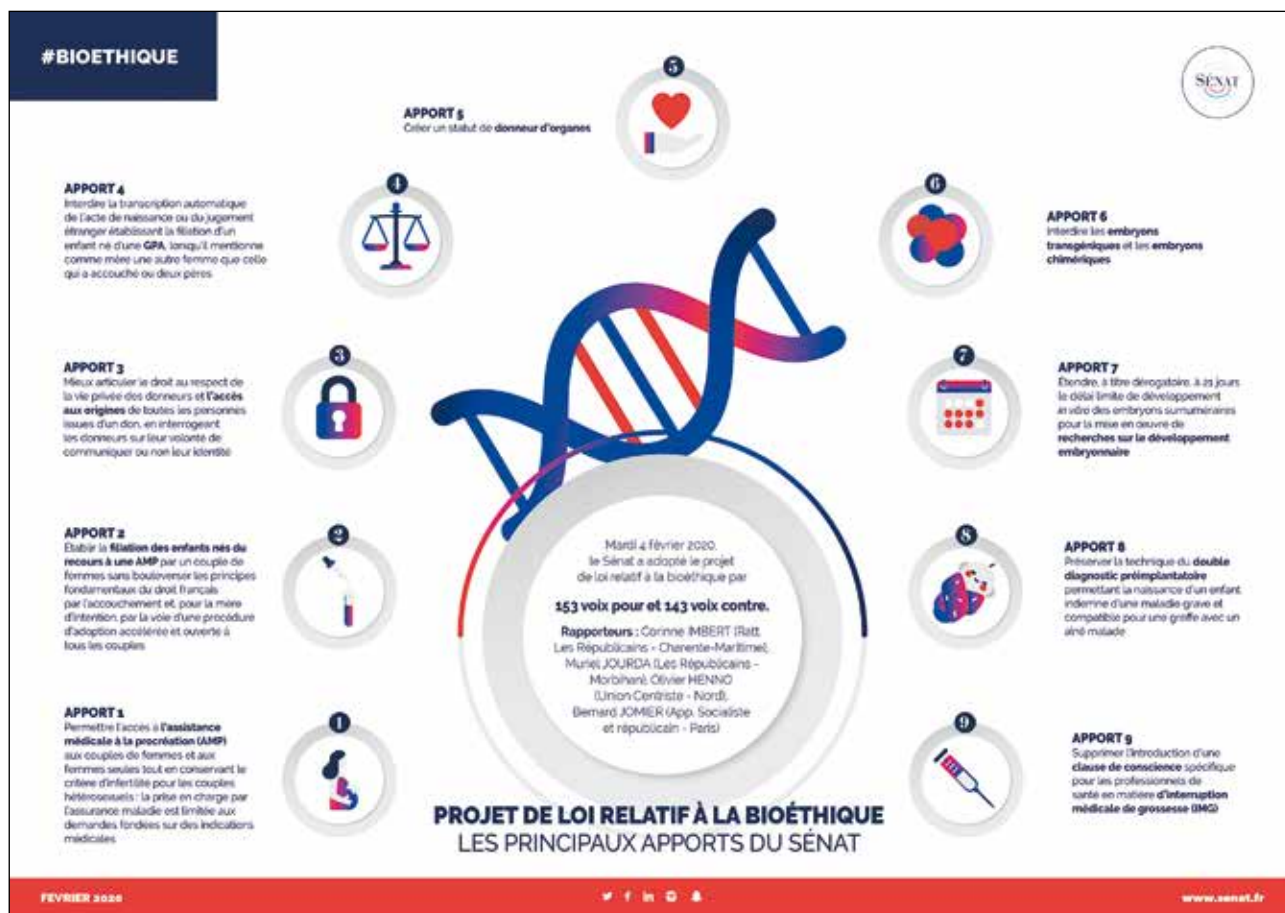
COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 4 FÉVRIER 2020

SÉNAT

Bioéthique : le Sénat a adopté le projet de loi en première lecture

Mardi 4 février 2020, le Sénat a adopté le projet de loi relatif à la bioéthique par 153 voix pour et 143 contre.



COMMUNIQUÉS

PLUS D'INFORMATIONS :

<http://www.senat.fr/scrutin-public/2019/scr2019-89.html>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 7 FÉVRIER 2020

ANSES

Exposition au plomb dans les espaces extérieurs

Le plomb est un élément toxique pour la santé et plus particulièrement pour celle des jeunes enfants. En tant que polluant de l'environnement, il peut contaminer différents milieux dont les aliments et les poussières atmosphériques. Dans son expertise publiée ce jour, l'Anses conclut que les poussières des espaces publics extérieurs contaminées par le plomb (trottoirs, voiries, mobilier urbain, aires de jeux...) sont une source d'exposition de la population générale à considérer. L'Agence souligne que les enfants et certains professionnels sont les plus susceptibles d'être exposés à ces poussières contaminées par contact ou ingestion. L'Agence émet des recommandations afin de réduire durablement l'exposition des populations au plomb.

L'Anses a été saisie par les ministères en charge de la Santé et du Travail afin de caractériser l'exposition au plomb via des poussières contaminées déposées sur les surfaces d'espaces publics extérieurs : trottoirs, voiries, mobilier urbain, aires de jeux extérieures, etc. En effet, le plomb peut être émis dans l'air par des sites industriels ou artisanaux, puis se déposer dans l'environnement. Il peut également se retrouver dans les poussières du fait d'érosion ou de lessivage d'éléments architecturaux en contenant, et contaminer les espaces extérieurs par ce biais. La contamination peut enfin être liée à une pollution accidentelle, comme ce fut le cas lors de l'incendie de Notre-Dame de Paris en avril 2019.

Des populations à risques identifiées

Il existe peu de données dans la littérature scientifique concernant l'exposition de la population générale et des travailleurs au plomb présent dans les poussières déposées sur les surfaces d'espaces extérieurs. Les quelques données disponibles, dont certaines issues d'études françaises, indiquent que la contamination de ce milieu peut impacter la concentration sanguine en plomb appelée plombémie.

Les populations risquant le plus d'être contaminées par les poussières sont les enfants et certains travailleurs, du fait de leurs probabilités de contacts avec des surfaces contaminées. La voie d'exposition prioritaire semble être l'ingestion de poussières, en particulier pour les enfants qui sont plus susceptibles de porter leurs mains à la bouche.

Ainsi, l'Agence conclut que les poussières déposées sur les surfaces d'espaces publics extérieurs sont à considérer comme une source d'exposition, avec un intérêt particulier pour les lieux fréquentés par les enfants.

Évaluer l'exposition liée à l'ingestion de poussières contaminées

Dans son expertise, l'Anses constate que les différents modèles de calcul actuels et que les données disponibles ne permettent pas d'évaluer

de manière robuste les expositions au plomb via les poussières extérieures. Il n'est donc pas possible d'évaluer la contribution de cette source d'exposition au plomb relativement à toutes les autres : aliments, eau de boisson, poussières intérieures, air, etc. Néanmoins, l'Anses souligne l'importance de réduire sans attendre l'exposition aux poussières extérieures.

Dans ses recommandations, l'Agence évoque la nécessité d'acquiescer des données qui permettront de modéliser l'exposition au plomb présent dans les poussières déposées sur les surfaces d'espaces publics extérieurs.

Réduire l'exposition au plomb liée à l'ingestion de poussières extérieures

Pour la population générale, l'Agence rappelle les gestes de prévention préconisés par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) en 2017 comme par exemple le lavage fréquent des mains, ou se déchausser pour limiter le transport de poussières dans les logements. Pour les populations vulnérables et à risque accru de contamination, en particulier les enfants, il est préconisé de faire doser le plomb dans le sang (plombémie).

Pour les travailleurs exposés aux poussières extérieures, compte tenu de la diversité des situations, l'Anses recommande en premier lieu la mesure de la plombémie pour estimer l'exposition. Par ailleurs, l'Agence préconise d'actualiser les valeurs biologiques à utiliser, conformément à son avis de juillet 2019. Enfin, l'Agence précise que les travailleurs qui exécutent des tâches susceptibles de les mettre au contact de poussières de plomb déposées sur le sol ou d'autres surfaces contaminées devraient bénéficier d'un suivi médical individuel renforcé.

Concernant plus spécifiquement la situation post-incendie de Notre-Dame de Paris, les résultats de cette expertise de l'Anses seront mis à profit dans le cadre de la démarche initiée sous l'égide de l'ARS Ile-de-France, visant à documenter les concentrations en plomb habituelles des poussières extérieures de Paris.

PLUS D'INFORMATIONS :

<https://www.anses.fr/fr/system/files/AIR2019SA0147.pdf>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 11 FÉVRIER 2020

HCE

Le HCE s'oppose fermement à la proposition d'aidant.e.s sexuel.le.s pour les personnes handicapées

Le HCE s'oppose fermement à la proposition d'aidant.es sexuel.les pour les personnes handicapées. Légaliser l'achat de services sexuels serait contraire à notre législation contre l'achat de prostitution.

La création d'aidant.e.s sexuel.les, c'est-à-dire d'hommes mais surtout de femmes, formé.es et employé.es pour fournir des « prestations » sexuelles, est une forme de légalisation de la prostitution alors que la France s'est engagée à combattre l'exploitation sexuelle des êtres humains.

Le HCE rappelle que l'une de ses anciennes membres, la regrettée Maudy Piot, qui fut présidente de l'association *Femmes pour le dire Femmes pour agir*, déclarait que « la notion d'« aidant.es sexuel.les » est une mauvaise réponse à un vrai problème : celui des personnes lourdement handicapées qui veulent vivre leur sexualité d'hommes et de femmes dans l'authenticité et la dignité et pouvoir créer une relation amoureuse. Poser comme principe qu'il y a une sexualité spécifique des personnes handicapées qui réclame une réponse spécifique est une erreur et conduit – une fois de plus – à la ghettoisation du handicap. »

Le HCE exhorte le gouvernement à ne pas dissocier la légitime aspiration de toute personne, quel que soit son état de santé ou de handicap, à une vie affective et sexuelle dans le respect de l'autre combat contre l'exploitation des êtres humains et la marchandisation des corps.

PLUS D'INFORMATIONS :

<http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/actualites/article/le-hce-s-oppose-fermement-a-la-proposition-d-aidant-es-sexuel-les-pour-les-AIR-2019SA0147.pdf>

Méthodes mécaniques pour le déclenchement artificiel du travail

Mechanical methods for induction of labour

ABSTRACT

BACKGROUND

Mechanical methods were the first methods developed to ripen the cervix and induce labour. During recent decades they have been substituted by pharmacological methods. Potential advantages of mechanical methods, compared with pharmacological methods may include reduction in side effects that could improve neonatal outcomes. This is an update of a review first published in 2001, last updated in 2012.

OBJECTIVES

To determine the effectiveness and safety of mechanical methods for third trimester (> 24 weeks' gestation) induction of labour in comparison with prostaglandin E2 (PGE2) (vaginal and intracervical), low-dose misoprostol (oral and vaginal), amniotomy or oxytocin.

SEARCH METHODS

For this update, we searched Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register, ClinicalTrials.gov, the WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP), and reference lists of retrieved studies (9 January 2018). We updated the search in March 2019 and added the search results to the awaiting classification section of the review.

SELECTION CRITERIA

Clinical trials comparing mechanical methods used for third trimester cervical ripening or labour induction with pharmacological methods. Mechanical methods include:

1. the introduction of a catheter through the cervix into the extra-amniotic space with balloon insufflation;
2. introduction of laminaria tents, or their synthetic equivalent (Dilapan), into the cervical canal;
3. use of a catheter to inject fluid into the extra-amniotic space (EASI).

This review includes the following comparisons:

1. specific mechanical methods (balloon catheter, laminaria tents or EASI) compared with prostaglandins (different types, different routes) or with oxytocin;
2. single balloon compared to a double balloon;
3. addition of prostaglandins or oxytocin to mechanical methods compared with prostaglandins or oxytocin alone.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS

Two review authors independently assessed trials for inclusion and assessed risk of bias. Two review authors independently extracted data and assessed the quality of the evidence using the GRADE approach.

MAIN RESULTS

This review update includes a total of 113 trials (22,373 women) contributing data to 21 comparisons. Risk of bias of trials varied. Overall, the evidence was graded from very-low to moderate quality. All evidence was downgraded for lack of blinding and, for many comparisons, the effect estimates were too imprecise to make a valid judgement.

Balloon versus vaginal PGE2: there may be little or no difference in vaginal deliveries not achieved within 24 hours (average risk ratio (RR) 1.01, 95 % confidence interval (CI) 0.82 to 1.26; 7 studies; 1685 women; $I^2 = 79\%$; low-quality evidence) and there probably is little or no difference in caesarean sections (RR 1.00, 95 % CI 0.92 to 1.09; 28 studies; 6619 women; moderate-quality evidence) between induction of labour with a balloon catheter and vaginal PGE2. A balloon catheter probably reduces the risk of uterine hyper-stimulation with fetal heart rate (FHR) changes (RR 0.35, 95 % CI 0.18 to 0.67; 6 studies; 1966 women; moderate-quality evidence), serious neonatal morbidity or perinatal death (RR 0.48, 95 % CI 0.25 to 0.93; 8 studies; 2757 women; moderate-quality evidence) and may slightly reduce the risk of a neonatal intensive care unit (NICU)

admission (RR 0.82, 95 % CI 0.65 to 1.04; 3647 women; 12 studies; low-quality evidence). It is uncertain whether there is a difference in serious maternal morbidity or death (RR 0.20, 95 % CI 0.01 to 4.12; 4 studies; 1481 women) or five-minute Apgar score < 7 (RR 0.74, 95 % CI 0.49 to 1.14; 4271 women; 14 studies) because the quality of the evidence was found to be very low and low, respectively.

Balloon versus low-dose vaginal misoprostol: it is uncertain whether there is a difference in vaginal deliveries not achieved within 24 hours between induction of labour with a balloon catheter and vaginal misoprostol (RR 1.09, 95 % CI 0.85 to 1.39; 340 women; 2 studies; low-quality evidence).

A balloon catheter probably reduces the risk of uterine hyperstimulation with FHR changes (RR 0.39, 95 % CI 0.18 to 0.85; 1322 women; 8 studies; moderate-quality evidence) but may increase the risk of a caesarean section (average RR 1.28, 95 % CI 1.02 to 1.60; 1756 women; 12 studies; $I^2 = 45\%$; low-quality evidence).

It is uncertain whether there is a difference in serious neonatal morbidity or perinatal death (RR 0.58, 95 % CI 0.12 to 2.66; 381 women; 3 studies), serious maternal morbidity or death (no events; 4 studies, 464 women), both very low-quality evidence, and five-minute Apgar score < 7 (RR 1.00, 95 % CI 0.50 to 1.97; 941 women; 7 studies) and NICU admissions (RR 1.00, 95 % CI 0.61 to 1.63; 1302 women; 9 studies) both low-quality evidence. Balloon versus low-dose oral misoprostol: a balloon catheter probably increases the risk of a vaginal delivery not achieved within 24 hours (RR 1.28, 95 % CI 1.13 to 1.46; 782 women, 2 studies), and probably slightly increases the risk of a caesarean section (RR 1.17, 95 % CI 1.04 to 1.32; 3178 women; 7 studies; both moderate-quality evidence) when compared to oral misoprostol.

It is uncertain whether there is a difference in uterine hyperstimulation with FHR changes (RR 0.81, 95 % CI 0.48 to 1.38; 2033 women; 2 studies), serious neonatal morbidity or perinatal death (RR 1.11, 95 % CI 0.60 to 2.06; 2627 women;

3 studies), both low-quality evidence, serious maternal morbidity or death (RR 0.50, 95 % CI 0.05 to 5.52; 2 627 women; 3 studies), very low-quality evidence, five-minute Apgar scores < 7 (RR 0.71, 95 % CI 0.38 to 1.32; 2 693 women; 4 studies) and NICU admissions (RR 0.82, 95 % CI 0.58 to 1.17; 2 873 women; 5 studies) both low-quality evidence.

AUTHORS' CONCLUSIONS

Low- to moderate-quality evidence shows mechanical induction with a balloon is probably as effective as induction of labour with vaginal PGE2.

However, a balloon seems to have a more favourable safety profile. More research on this comparison does not seem warranted. Moderate-quality evidence shows a balloon catheter may be slightly less effective as oral misoprostol, but it remains unclear if there is a difference in safety outcomes for the neonate. When compared to low-dose vaginal misoprostol, low-quality evidence shows a balloon may be less effective, but probably has a better safety profile. Future research could be focused more on safety aspects for the neonate and maternal satisfaction.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Ripen: mûrir - **Induce:** déclenché - **Side effects:** effets secondaires/collatéraux - **Improve:** améliorer - **Effectiveness:** efficacité - **Through:** à travers - **Assessed:** ont évalué - **Lack of blinding:** absence d'insu - **Not achieved within 24 hours:** non conclu dans les 24 heures - **Slightly:** légèrement - **Whether:** si - **Warranted:** garanti.

de Vaan MD, Ten Eikelder ML, Jozwiak M, Palmer KR, Davies-Tuck M, Bloemenkamp KW, Mol BWJ, Boulvain M.

COCHRANE DATABASE SYST REV. 2019 OCT 18; 10: CD001233. DOI: 10.1002/14651858.CD001233.PUB3.

Risques de morbidité maternelle et périnatale en fécondation in vitro: une étude nationale de cohorte française

RÉSUMÉ

OBJECTIFS

L'objectif de cette étude était de quantifier les risques de morbidité maternelle et périnatale en fécondation in vitro (FIV) par rapport aux grossesses non issues de FIV sur une cohorte nationale française récente.

MÉTHODE

Les données étaient issues du système d'information des données d'hospitalisation incluant toutes les grossesses ayant conduit à un accouchement et les naissances de 2013 à 2016. Les risques d'accouchement prématuré, de morbidité maternelle (thrombose veineuse et artérielle, diabète gestationnel, troubles vasculaires, placenta prævia, hématome rétroplacentaire), d'hypotrophie et de malformation congénitale ont été comparés entre les deux groupes en analyse univariée et multivariée après ajustement sur les caractéristiques des femmes (l'âge, la primiparité, l'obésité, la dépendance au tabac, les antécédents de diabète ou d'hypertension artérielle), les accouchements multiples et le sexe des enfants.

RÉSULTATS

2 875 662 grossesses ayant conduit à un accouchement et 2 922 712 naissances ont été analysées, dont 49 224 (1,7 %) issues de FIV avec transfert d'embryons frais. En analyse multivariée, tous les risques de morbidité étaient significativement plus élevés en FIV: les accouchements prématurés (ORajusté = 1,28 IC95 % = 1,24-1,32), la morbidité maternelle (ORajusté = 1,24 IC95 % = 1,21-2,28) (principalement pour les thromboses veineuses dans les accouchements multiples, le placenta prævia et les hématomes rétroplacentaires). Les risques d'hypotrophie (ORajusté = 1,13 IC95 % = 1,10-1,16) et de malformations congénitales (ORajusté = 1,11 IC95 % = 1,05-1,17) étaient faiblement augmentés.

CONCLUSION

Les résultats de cette première étude portant sur un large effectif de naissances récentes en France confirment qu'il existait une augmentation des risques de morbidité maternelle et périnatale en FIV. Ces risques étaient comparables à ceux publiés dans la littérature internationale. Cette étude constitue le point de départ d'une surveillance de la morbidité maternelle et périnatale en FIV.

Fabienne Pessione, Jacques de Mouzon, Aviva Deveaux, Sylvie Epelboin, Marie-José Gervaise-Boyer, Clément Jimenez, Rachel Levy, Morgane Valentin, Géraldine Viot, Marianne Bergère, Françoise Merlet, Philippe Jonveaux

GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
FERTILITÉ & SÉNOLOGIE

[HTTPS://DOI.ORG/DOI:10.1016/J.GOFS.2020.02.002](https://doi.org/doi:10.1016/j.gofs.2020.02.002)

Résultats de l'exposition aux médicaments pendant la grossesse : analyse d'un service d'information de tératologie

Outcomes of drug exposition during pregnancy: Analysis from a teratology information service

ABSTRACT

OBJECTIVE

We aimed to characterize drug exposures during pregnancy where the outcome was known that had benefited from counselling through our Teratology Information Service (TIS) between 1994-2016.

STUDY DESIGN

This observational study analysed data collected through the drug exposures during pregnancy counselling. Data was analysed descriptively.

RESULTS

Data from a total of 1'374 pregnant women were collected. Mean age was of 32 years. These women were exposed to more than ten drugs in 1.4 % (N = 19) of cases, with a mean drug intake of two. Analysis of the drugs altogether (N = 30129) showed that FDA Pregnancy Category C drugs represented 42.9 % (N = 10 342) of drugs and ATC code N (nervous system) represented 36.4 % (N = 10138). The onset of drug exposure was during the first trimester of pregnancy in 95.1 % (N = 20 982) of patients. Regarding outcomes, the rate of induced abortion was 10.8 % (N = 151), of pregnancy complications was 11.2 % (N = 157) and of malformations was 4.5 % (N = 49).

CONCLUSION

Pregnant women counselled by our TIS take a mean of two drugs, ranging from one to 17. Drugs are from FDA Pregnancy Category C and ATC N drugs in most cases, 42.9 % and 36.4 % respectively. The rate of malformation of our cohort was of 4.5 %, close to the estimated spontaneous rate of malformation. This data gives a reassuring aspect of drug exposure in pregnancy but takes into account the outcome at birth only.

Camille Lenoira, Sabrina Boumaïzaa, Kuntheavy R Ing Lorenzina,
Michel Boulvainb, Jules A Desmeulesa, Victoria Rollasona

EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY AND
REPRODUCTIVE BIOLOGY 247 (2020) 42-48

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Mean age : âge moyen - *Intake* : consommation - *Onset* : début - *Close to* : près de - *Takes into account* : tient compte.



FORMATIONS ANSFL 2020

Organisme de formation enregistré
sous le n° 93 05 00814 05

Tarifs, dates, adhésion :

ansfl.org - formation@ansfl.org

Toutes nos formations peuvent être organisées en
"groupe constitué" dans votre région

ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE

Intervenantes : Évelyne Rigaut (SF-Écho)
Lorraine Guénédal (Biologiste)

Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Intervenants : Laurence Platel (SF) - Olivier Nappey.

Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**

LA PRATIQUE LIBÉRALE : CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS

Intervenante : Laurence Platel (SF)

Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**

L'ACCOUCHEMENT NORMAL, ACCOMPAGNEMENT DE LA PHYSIOLOGIE ET INTERVENTIONS MÉDICALES

Intervenante : Jacqueline Lavillonnière

Date et lieu : **12-13-14 mai 2020 à Embrun (05)**

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES PHYSIOLOGIQUES

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)

Date et lieu : **5-6 juin 2020 à Lunéville (54)**

FACILITER L'EVIDENCE BASED MIDWIFERY (EBM)

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)

Date et lieu : **7-8 mai à Paris (18*) - 24-25 juin à Toulouse**

LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJOINTS

Intervenante : Nicole Andrieu (SF)

Date et lieu : **22-23-24 juin à Mont St Aignan (76)**

EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL

Intervenante : Martine Gies (SF)

- Session I : Découverte
Date et lieu : **2-3 avril 2020 à St Germain Mont D'Or (69)**
- Session II : Les pathologies urinaires (Pré requis : session I)
Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**
- Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme (Pré requis : session II)
Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**
- Session IV : Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre (Pré requis : session III)
Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**

LA CONSULTATION DU NOURRISSON PRÉVENTION, ÉDUCATION EN SANTÉ PRIMAIRE

Intervenante : Jacqueline Lavillonnière (SF)

Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**

ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ

Intervenante : Odile Tagawa (SF)

- Session I : Prénatal
Dates : **12-13 mars 2020 à Marseille (13)**
- Session II : Postnatal
Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**

L'ANSFL VOUS PROPOSE DES FORMATIONS "SUR MESURE" selon vos besoins de réflexions et les situations que vous pouvez rencontrer dans votre pratique quotidienne.

- Analyse de la pratique (2 h ou 5 h ou 10 h)
- Rédaction, mise en page de documents et diffusion (4 h)
- Retour sur expérience (REX) en utilisant une grille d'analyse de causes (1 h - 2 h)

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)



Medic Formation

Formation professionnelle continue médicale



Sexologie, Rééducation et périnée



Rééducation périnéale manuelle et corporelle



3 jours

Rééducation périnéale



4 jours

Rééducation périnéale approfondissement



3 jours

Périnée, mouvement et danse



3 jours

Sexologie Niveaux I et II



3 jours

Eutonie en rééducation périnéale



4 jours

Ostéopathie, traitement des dysfonctions périnéales



3 jours

Prise en charge et techniques applicables aux vulvodynies et au vaginisme



3 jours

Prise en charge des patientes présentant une mutilation sexuelle



2 jours

Retrouvez les programmes, lieux et dates sur www.medicformation.fr



FORMATIONS EN INTRA

Nos formations peuvent être organisées au sein de votre établissement et adaptées à vos besoins.

NOUS CONTACTER
POUR UN DEVIS

Medic Formation - Email : contact@medicformation.fr - Site : www.medicformation.fr - Tél : 01 40 92 72 33

N° de déclaration d'activité 11 95 04903 95 - Agréé ODPC 1251 - Agréé DOKEUQ/ Intercafé-oref Réf : OF-11646 - Référencé Datadock 005 70 55

Euromédial, créateur du set complet de pose avec stérilet depuis 2010!

Chère Madame, Cher Monsieur,

Vous avez très certainement eu connaissance, par le biais de l'ANSM ou de différentes associations de Gynécologues et de Sage-femmes, voire même avez été confronté(e) au problème de fabrication des stérilets Eurogine que nous distribuions (rupture des stérilets Novaplus et Ancora au moment de l'extraction).

Nous souhaitons, à travers ce communiqué, vous présenter nos excuses, ainsi qu'à vos patientes, pour les conséquences que cela a pu engendrer, et vous informer que nous avons pris toutes nos dispositions et cessé nos relations avec ce fabricant espagnol de DIU, au cuivre et argent, Eurogine.








Euromédial Gynécologie continue, bien évidemment, ses activités de promotion et de commercialisation de sa gamme SETHYGYN, créée en 2010, avec toujours le même concept novateur du DIU avec set de pose, sans surcoût pour la patiente ou le professionnel de santé.

Toujours désireux d'apporter un service supplémentaire aux patientes et aux professionnels de santé, nous vous proposons maintenant un stérilet avec hystéromètre que vous retrouverez dans les références ci-après.

Nous vous remercions pour votre confiance et restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Au plaisir de vous revoir sur notre stand lors des prochains congrès !

Mélanie et Christophe NORMAND

		Avec set de pose		Sans set de pose	
		Dénomination	Référence	Dénomination	Référence
DIU cuivre		Sethygyn T 380 A	9712162	Euromédial T 380 A	9707534
		Sethygyn T 380 Cu - Normal	9712179	Euromédial T 380 Cu - Normal	9707563
		Sethygyn T 380 Cu - Mini	9712185	Euromédial T 380 Cu - Mini	9707557
		Sethygyn T 375 Cu - Normal	9712156	Euromédial T 375 Cu - Normal	9707540
DIU Cuivre + Argent		Sethygyn T 380 Ag - Normal	9712127	Euromédial T 380 Ag - Normal	9712015
		Sethygyn T 380 Ag - Mini	9712110	Euromédial T 380 Ag - Mini	9712021
		Sethygyn T 380 Ag - Maxi	9712133	Euromédial T 380 Ag - Maxi	9712009



Conseil de prescription : "dénomination du stérilet + référence"

POUR QUE LA CONTRACEPTION SOIT PLUS SIMPLE



Une gamme complète de dispositifs intra-utérins
au cuivre adaptée à toutes les femmes.



UT 380®
Short/Standard



NT 380®
Short/Standard



IUB Ballerine®



Gynelle® 375



Etherend®
T Cu 380 A

Une contraception
de première intention

Une contraception
adaptée à toutes les femmes

Une contraception
simple, facile, confortable

Une contraception
efficace pendant 5 ans

Une contraception sans hormone