



DOSSIER
L'EXERCICE LIBÉRAL

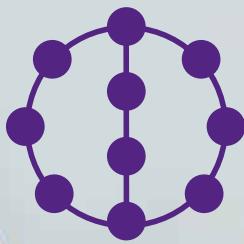
MAÏEUTIQUE Intérêt de la simulation dans le maintien des habiletés cliniques à long terme en formation initiale de maïeutique

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉRIQUE **VOLET PÉDAGOGIQUE** • Manœuvres obstétricales sur présentation du siège

SANTÉ PUBLIQUE **DOSSIER** • La pratique des sages-femmes: une activité en mutation
● De la pratique hospitalière à la pratique libérale ● Les sages-femmes et la publicité ● Principes relatifs au traitement des données à caractère personnel (RGPD)

SCIENCES HUMAINES Les Françaises et l'infidélité (Étude)

ALLAITEMENT VanillaMilk, le site qui crée des liens pour promouvoir l'allaitement maternel



IUB
Ballerine®



UN VÉRITABLE BIJOU D'INNOVATION
CRÉÉ POUR TOUTES LES FEMMES

LE PREMIER DIU* NON HORMONAL
SPHÉRIQUE ET À MÉMOIRE DE FORME



www.iub-ballerine.fr

* Dispositif Intra-Utérin

Les DIU sont destinés à toute femme en âge de procréer, non enceinte, désirant minimiser le risque de grossesse et dont l'examen gynécologique est normal. Le choix du DIU sera déterminé par le médecin en fonction des critères de risques, d'âges, de parité, de taille, de morphologie d'utérus. Pour une information complète, se reporter à la monographie du dictionnaire VIDAL.

Laboratoire CCD - 48, rue des Petites Écuries - 75010 PARIS - 01 44 94 14 95 - N° Vert : 0800 35 80 00 - infomed@ccdlab.com - www.laboratoire-cdd.fr

02	ÉDITORIAL BENOÎT LE GOEDEC
04	MAÏEUTIQUE Intérêt de la simulation dans le maintien des habiletés cliniques à long terme en formation initiale de maïeutique ALEXANDRA MUSSO
08	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE VOLET PÉDAGOGIQUE Manœuvres obstétricales sur présentation du siège ALEXANDRA MUSSO
12	SANTÉ PUBLIQUE DOSSIER L'EXERCICE LIBÉRAL La pratique des sages-femmes : une activité en mutation OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ
18	De la pratique hospitalière à la pratique libérale OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ

22	Les sages-femmes et la publicité BENOÎT LE GOEDEC
27	Principes relatifs au traitement des données à caractère personnel (RGPD) BENOÎT LE GOEDEC
30	SCIENCES HUMAINES Les Françaises et l'infidélité ÉTUDE IFOP POUR GLEEDEN.COM
36	ALLAITEMENT VanillaMilk, le site qui crée des liens pour promouvoir l'allaitement maternel MICHELLE PASCALE HASSSLER, STÉPHANIE HABENSTEIN & LAURIE POQUÉRUSSE-RAVEL
38	KIOSQUE
38	AGENDA EN BREF
39	FICHE TECHNIQUE L'installation en Libéral
42	COMMUNIQUÉS
45	RECHERCHE
47	AGENDA
50	FORMATIONS

LES ANNONCEURS

C2 IUB Ballerine	07 Laboratoire Euromédial	49 7 ^e Journée "Les événements de l'année en infectiologie"
C3 Phenix Vivaltis	47 XXII ^{es} Journées de Sénotologie Interactive	50 Formations ANSFL
C4 Grandir Nature	48 Rencontres A 2 Mains	50 CIRDH
03 Congrès "Les Dialogues de l'Obstétrique" par les D.O.	48 Joie	50 Association Nationale Natation & Maternité

**OURS****COMITÉ DE RÉDACTION**

RÉDACTEUR EN CHEF
Benoit Le Goedec, Sage-femme
Benoitlegoedec@gmail.com

MEMBRES

Farid Boubred, PH Pédiatre, Marseille
Véronique Brevault-Malaty, PH Pédiatre, Marseille
Isabelle Derrendinger, S-F, Directrice SF, Nantes
Clotilde De Roberts, PH Pédiatre, Marseille
Bruno Deval, Gynécologue-Obstétricien, Paris
Claude Doyen, S-F, Directrice ESF Strasbourg
Alexandre Fabre, PH Pédiatre, Marseille
Pierre Frémondrière, 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
Elisabeth Josse, S-F, Directrice de Formation, Boulogne-Billancourt
Pierre Mares, Chef de service, Gynécologue-Obstétricien, Nîmes
Philippe Merviel, Chef de service, Gynécologue-Obstétricien, Brest
Sylvie Morel, 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
Christine Talot, S-F, Sous-Directrice ESF Foch-Suresnes
Isabelle Vaast, S-F, Lille
Carole Zakarian, S-F, Directrice ESF Marseille

CONCEPTION GRAPHIQUE

Marie-Paule STÉPHAN
Concept, réalisation, suivi du numéro
mstudio@netc.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 GORRIOLIOT
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

Sophie DAISSEMAIN, Sage-femme
Michelle Pascale HASSSLER, Sage-Femme Enseignante, Aix-Marseille Université, UFR des Sciences Médicales et Paramédicales, École de Maïeutique, Marseille, France
Stéphanie HABENSTEIN, Fondatrice Vanillamilk Alexandra MUSSO, Sage-Femme Enseignante, CHU Nice

**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 couverte:
Nick Morrison - Unsplash.com

Encart jeté:

- Ouvrage "Le Sein" Éditions Eska.

51 Médicformation**52** 47^{es} Journées Jean Cohen

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

Laurie POQUÉRUSSE-RAVEL, Infirmière Puéricultrice, Service de Néonatalogie du Professeur Picaud - Hôpital de La Croix-Rousse, Lyon

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 constituant cette publication ainsi que le copyright et les droits d'auteurs sont la propriété exclusive des Éditions ESKA. Les articles n'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.
Dépot légal : Juin 2019

De l'allongement (ou pas) du délai légal de l'avortement

En toute fin de l'examen du texte, le Sénat avait adopté mi-juin, en présence d'une vingtaine d'élus, un amendement de l'ex-ministre Laurence Rossignol (PS) portant jusqu'à la fin de la 14^e semaine de grossesse le délai légal de l'avortement.

Avant le vote solennel sur l'ensemble du texte, la commission des Affaires sociales, présidée par Alain Milon (LR), a demandé une seconde délibération.

La ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a accepté cette seconde délibération... faite en présence de sénateurs, majoritairement de droite et opposés au projet. Au terme d'un nouveau débat rapide sur l'accès à l'IVG, le Sénat a ainsi supprimé la disposition introduite précédemment, par 205 voix contre 102.

Il est donc surprenant qu'au Sénat, les absents fassent le vote !

Madame Buzyn s'explique ainsi :

« J'estime en conscience et en responsabilité que les conditions dans lesquelles le Sénat s'est prononcé vendredi dernier [...] n'étaient pas satisfaisantes », a déclaré Agnès Buzyn.

« En acceptant la seconde délibération [...] je veux réunir les conditions pour que ce débat légitime ait lieu dans le bon cadre, et en assurant l'ensemble des échanges que l'importance du sujet justifie », a-t-elle poursuivi, précisant qu'elle recevrait le planning familial, « acteur incontournable des droits des femmes », qui soutient l'allongement des délais.

Peut-être aurait-il fallu penser à rencontrer les acteurs qui avaient construit et expliqué la raison de cet allongement, avant ?

Peut-être aussi faut-il, lorsqu'on est élu, siéger lors de débats importants ou accepter le vote des autres fait en son absence... ?

Encore une fois, et quelle que soit notre opinion à ce sujet, force est de constater que les opposants à l'IVG ont encore de puissants leviers. •



LES DOSSIERS DE L'OBSTÉRIQUE

TARIF D'ABONNEMENT
11 NUMÉROS PAR AN

Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*
FRANCE	79,00 €	50,00 €
D.O.M.	84,00 €	60,00 €
EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	62,00 €
T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	65,00 €

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 156,00 €

En cas de règlement incomplet,
l'abonnement sera réduit proportionnellement.

ABONNEMENT 2019

VOS COORDONNÉES

M^{me} M^{le} M. (en lettres capitales)

Nom Prénom

Adresse

Code postal | | | | | Ville

Pays Téléphone

E-mail

Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre)

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

14
novembre

LES DIALOGUES DE L'OBSTÉRIQUE

ANCIENNEMENT "JE SUIS LA SAGE FEMME"

2019

Une réunion des Comités et Responsables de rubriques des Dossiers de l'Obstétrique

Jeudi 14 novembre 2019

UIC-P, 16 rue Jean Rey, 75015 Paris

SESSION I : PRESCRIPTIONS ET DIRECTIVES QUALITÉ

- Traitement des données médicales et les obligations juridiques RGPD (en établissement de santé et en cabinet libéral)
- La mise au point du calendrier vaccinal
- L'« hésitation vaccinale » : freins et acceptations des patients
- L'« hésitation vaccinale » : freins et acceptations des professionnels
- L'extension des compétences en matière de vaccination (Une confrontation Orateur Pour Discutant Contre)
- Le point sur l'extension du droit de prescription pour les SF : état des avancées
- Débat autour des médecines alternatives avec le mouvement « FakeMed »
- Perturbateurs endocriniens : incidences sur la femme, l'homme, le fœtus/nouveau-né
- Lecture du rythme cardiaque fœtal par une approche de la physiologie fœtale

SESSION II : PERTINENCE DES SOINS / BIENTRAITANCE

- Violences faites aux femmes, violences obstétricales : définitions, champ d'application
- Faisabilité de « la peau à peau » en cours de césarienne
- Soins de développement néonatals : ce qui se fait en néonatalogie/réanimation est-il transposable en maternité
- Allaitement maternel : une approche anthropologique et sociologique (influence des cultures, freins, allaiter en public, lactation induite dans les couples homosexuels)
- Accompagnement des parents dans le cadre du deuil périnatal

ATELIERS

Atelier 1 : Pose de DIU

Atelier 2 : Pose d'un implant de contraception

Atelier 3 : Manoeuvres obstétricales : simulation avec un mannequin

Atelier 4 : Mise en pratique de la lecture du RCF avec approche physiologique

Atelier 5 : La mise en place d'un Dossier Médical Partagé - un exemple en pratique

Atelier 6 : L'installation en pratique libérale

Atelier 7 : La gestion Comptable et administrative du Cabinet Libéral

Atelier 8 : La responsabilité juridique de la Sage-femme

Atelier 9 : La santé des soignants

Atelier 10 : L'allaitement

Atelier 11 : Les prescriptions difficiles pour la SF

14
novembre

INFECTIOLOGIE ET HYGIÈNE MÈRE-ENFANT

2019

15 - 16
novembre

47^{ES} JOURNÉES JEAN COHEN Gynécologie Obstétrique et Reproduction

2019

L'INSCRIPTION AU CONGRÈS DONNE ACCÈS AUX
47^{ES} JOURNÉES JEAN COHEN
QUI SE DÉROULERONT AU MÊME ENDROIT LES 15 ET 16 NOVEMBRE

Des journées du centre de Formation des Editions ESKA de la revue DO.
Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF, Alicia GORRIILLIOT, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : congrès@eska.fr - Site : www.eska.fr



Intérêt de la simulation dans le maintien des habiletés cliniques à long terme en formation initiale de maïeutique

PAR A. MUSSO ^{a,b*}, J. DELOTTE ^c, C. EYMAR ^d

EN BREF

- Méthodologies d'apprentissage hétérogènes de l'accouchement du siège par la simulation.

FORCES ET LIMITES

- Seule étude en formation initiale.
- Évalue les habiletés à 2 ans ½.
- Unicentrique.

PERSPECTIVES

- Évaluer d'autres dispositifs d'apprentissage par la simulation.
- Orienter l'apprentissage sur la compréhension du geste ?

INTRODUCTION

Morbi-mortalité maternelle et néonatale associées aux voies d'accouchement des présentations du siège et aux manœuvres obstétricales sujettes à controverse ^[1,2].

Publication du Term Breech Trial en 2000 ^[3]: a modifié les pratiques dans le monde vers la césarienne systématique avant travail ^[1] (75 % en France ^[4]).

Actuellement, les sociétés savantes recommandent la VB si les conditions obstétricales sont rigoureusement favorables et que les équipes sont entraînées à la pratique de l'accouchement du siège et à ses Manœuvres ^[5-7].

Problématique : former les professionnels et étudiants à cette pratique.

Réforme du cursus maïeutique en 2011 : report des enseignements de l'accouchement du siège/manœuvres de la 3^e année à la 4^e année, diminution du volume horaire de stage estimée à 1/3 ^[8].

Simulation : aide à l'apprentissage des contextes rares, complexes ^[9].

Méthodologies d'apprentissage hétérogènes, concernent essentiellement la formation continue et évaluent des compétences procédurales ^[10]. Maintien des habiletés cliniques : évalué sur une durée maximale de 1 an ^[10]. Pour maintenir les acquis, la littérature suggère une séance par an pour les professionnels ^[9].

Aucune publication, à notre connaissance, en formation initiale de maïeutique.

OBJECTIFS

Principal

Évaluer la pertinence du dispositif d'apprentissage par la simulation des Manœuvres d'extraction du siège élaboré.

Secondaires

- Évaluer avec ce dispositif la persistance des habiletés cliniques à long terme (2 ans ½ après une 1^{re} séance, soit sur 3 années universitaires).
- Comparer la compréhension des Manœuvres entre elles.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Type d'étude

Étude de cohorte prospective unicentrique.

Population

Étudiants sages-femmes de l'école de Nice, promotion 2010-2014 (dernière promotion du programme d'étude 2001), n = 28.

Période et matériel ▶ 3 séances, PROMPT Birthing Simulator® ^[11]

- Séance 1 (S1), cursus 3^e année : février 2012
- Séance 2 (S2), cursus 3^e année : avril 2012
- Séance 3 (S3), cursus 5^e année : juin 2014

Séances

Briefing, mise en situation (hybridation du mannequin), débriefing (vidéo-assisté), groupes de 5 ou 6 étudiants, évaluation individuelle.

Objectifs des séances

Connaître le contexte de réalisation des Manœuvres du siège, les décrire, les réaliser, connaître leurs complications.

Formateur

Une sage-femme enseignante diplômée en pédagogie par la simulation et mécanique et techniques obstétricales, doctorante en Sciences de l'Éducation.

Critère de jugement principal

Mesure des habiletés par un Score (maximum 18) = Critère composite de 6 indicateurs intermédiaires.

Critères de jugement secondaires = Indicateurs intermédiaires (noté de 0 à 3) :

- Indication de la manœuvre, matériel/environnement sécuritaire ;
- Mécanisme d'efficacité, risques de la Manœuvre (mère/fœtus) ;
- Description du geste/réalisation concomitante, positionnement des mains.

DISCUSSION/CONCLUSION

Si les scores totaux augmentent significativement entre S1/S2 (intervalle 2 mois) pour les trois Manœuvres, seul le score de la manœuvre de Bracht n'augmente pas significativement entre S2/S3 (intervalle 26 mois) (p = 0,22).

a. École de sages-femmes, Fondation Bellet, Nice, France

b. Département des Sciences de L'Education, Aix-Marseille Université, France

c Pôle « Femme-Mère-Enfant », Hôpital Archet II, Nice, France

* Auteur correspondant: Alexandra Musso, musso.a@chu-nice.fr,

Pour autant, pas de score en régression entre S1/S2 et S2/S3 si la population est considérée dans sa globalité. 4/21 (19 %) ont régressé entre S1/S3 pour les trois gestes.

■ Compréhension des Manœuvres

- Globalement identique pour les trois Manœuvres à S1 ($p = 0,53$) et S2 ($p = 0,39$).
- Évolution différente à S3 ($p = 0,027$) selon les indicateurs : suggère une acquisition spécifique pour chaque geste et domaine de compétences.

■ Perspectives

- Validation du score d'habileté, test avec Manœuvres de dystocie des épaules ;
- Programmer un calendrier de séances sur deux années universitaires ;
- Évaluer d'autres dispositifs d'apprentissage par la simulation et les comparer.

■ Conclusion

La littérature indique une amélioration variable des habiletés selon les méthodes employées^[10]. Bien que terminée en 2014 et de petit effectif, il s'agit de la 1^{re} étude en formation initiale de maïeutique qui évalue les habiletés à 2 ans ½ et appréhende les Manœuvres obstétricales dans plusieurs domaines de compétences. Le dispositif d'apprentissage par la simulation élaboré permet le maintien des habiletés pendant au moins deux ans. L'apprentissage des Manœuvres devrait être orienté vers la compréhension du geste, pas uniquement vers sa description.

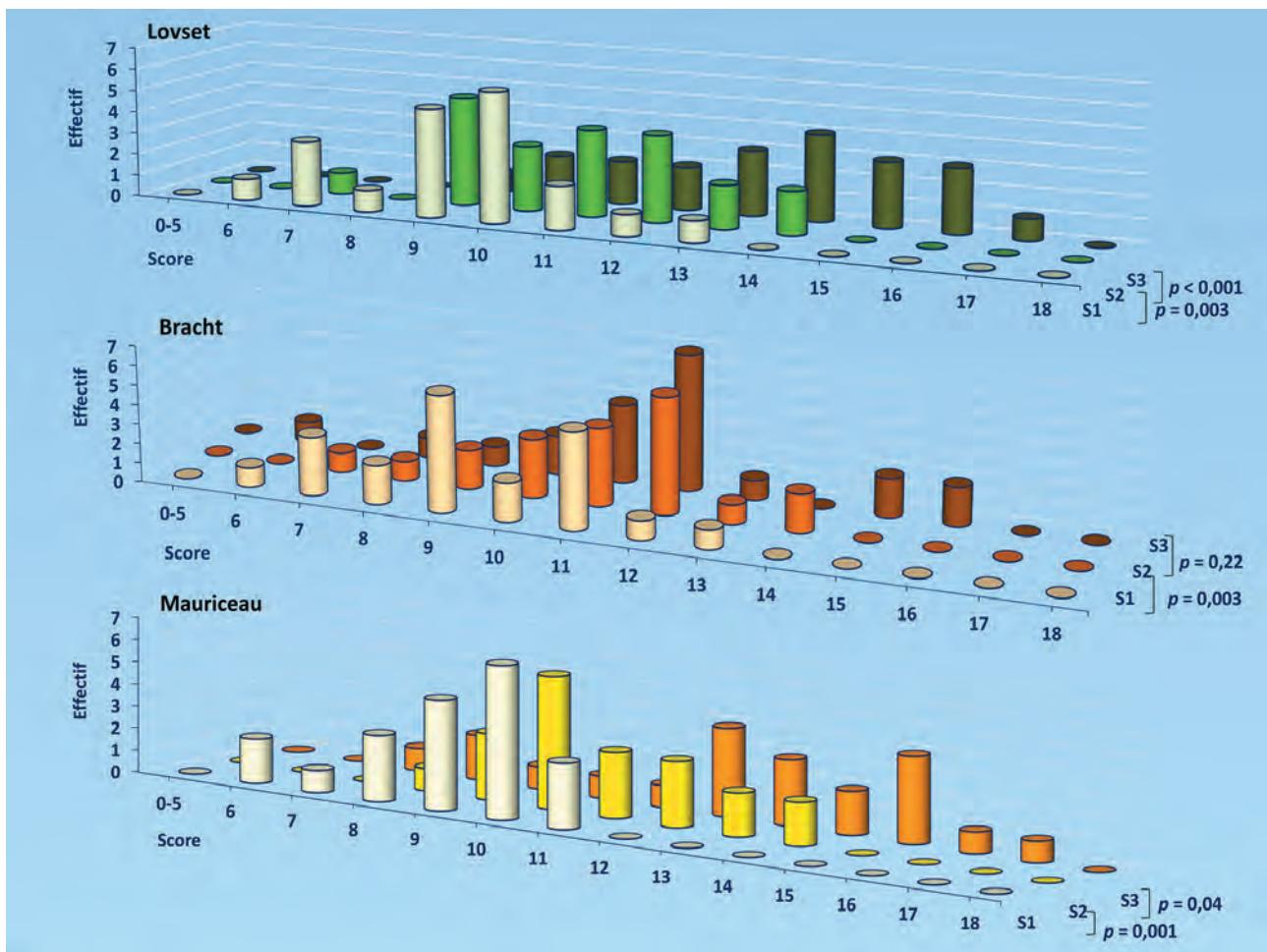
- Sexe : Filles n = 18/21 (85,7 %), Garçons n = 3/21 (14,3 %).
- Âge à la dernière séance (ans) (Moy ± ET) : 23,4 ± 0,8.

RÉFÉRENCES

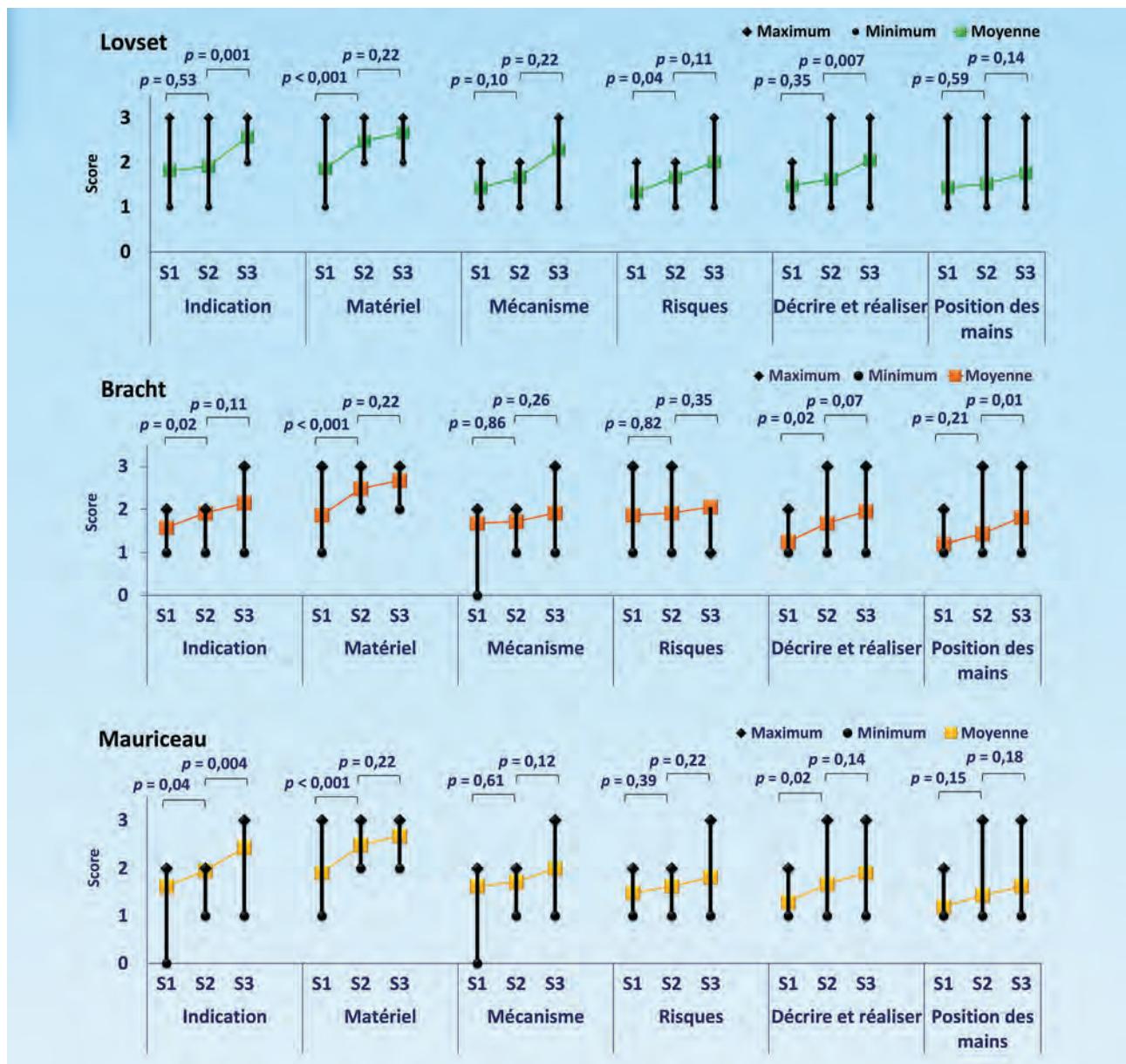
- Hofmeyr et al. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 7: CD000166.
- Goffinet et al. Am J Obstet Gynecol. 2006; 194(4).
- Hannah et al. Lancet. 2000; 356 (1957).
- Lansac et al. Eur J Obstet Gynecol. 2015; 188.
- CNGOF. Tome XXIX. 2005.
- RCOG. Green-top Guideline No.20b. 2006.
- ACOG. No.745. Obstet Gynecol. 2018; 132(2).
- Arrêté du 19/7/11. JORF No.1084 du 11/8/11.
- HAS. Décembre 2012. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_format2clics.pdf
- Walker et al. Birth. 2017; 44.
- Limbs & Things Inc. Savannah, GA, USA.

Communication primée
aux Journées du CNSF
du 4 février 2019

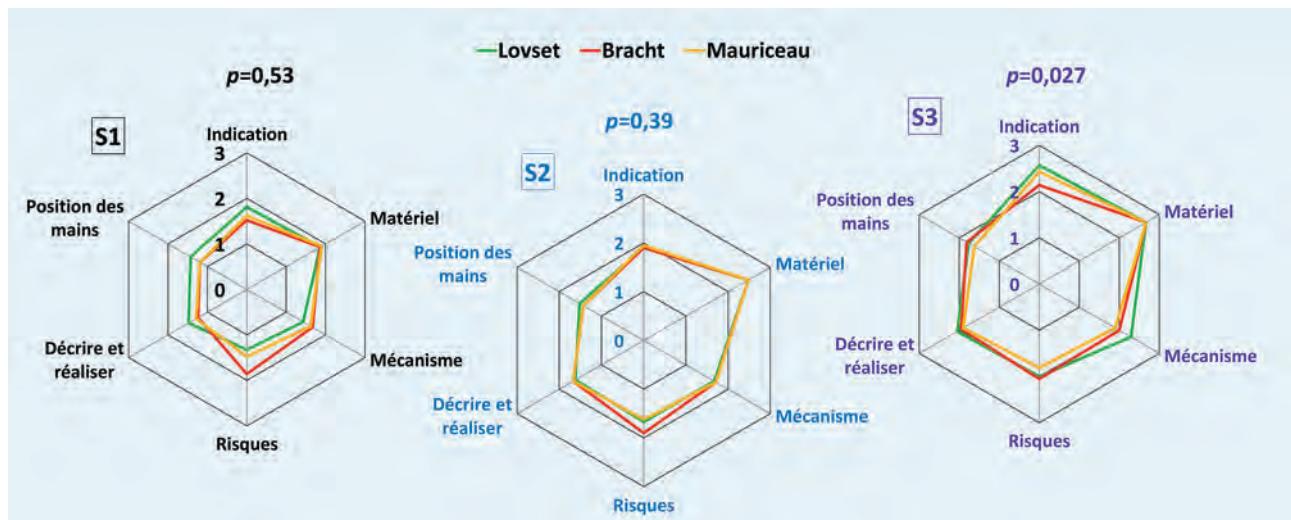
■ ÉVOLUTION DES SCORES SELON LA MANŒUVRE (TROIS SÉANCES)



■ ÉVOLUTION DES INDICATEURS INTERMÉDIAIRES SELON LA MANŒUVRE (TROIS SÉANCES)



■ COMPARAISON DE LA COMPRÉHENSION DES MANŒUVRES (3 SÉANCES)





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 distribuons (rupture des stérilets Novaplus et Ancora au moment de l'extraction).

Nous souhaitons, à travers ce communiqué, vous présentez 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 cesser nos relations avec ce fabricant espagnol de DIU, au cuivre et argent, Eurogine.

Euromedial 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

	DIU cuivre	Avec set de pose		Sans set de pose	
		Dénomination	Référence	Dénomination	Référence
		Sethygyn T 380 A	9712162	Euromedial T 380 A	9707534
		Sethygyn T 380 Cu - Normal	9712179	Euromedial T 380 Cu - Normal	9707563
		Sethygyn T 380 Cu - Mini	9712185	Euromedial T 380 Cu - Mini	9707557
		Sethygyn 375 Cu - Normal	9712156	Euromedial 375 Cu - Normal	9707540
		Sethygyn T 380 Ag - Normal	9712127	Euromedial T 380 Ag - Normal	9712015
	DIU Cuivre + Argent	Sethygyn T 380 Ag - Mini	9712110	Euromedial T 380 Ag - Mini	9712021
		Sethygyn T 380 Ag - Maxi	9712138	Euromedial T 380 Ag - Maxi	9712009



Conseil de prescription : "dénomination du stérilet + référence"

MANŒUVRES OBSTÉTRICALES SUR PRÉSENTATION DU SIÈGE

PAR ALEXANDRA MUSSO, SAGE-FEMME ENSEIGNANTE, NICE

1 DÉGAGEMENT ARTIFICIEL DE LA TÊTE ➤ MANŒUVRE DE BRACHT

EN THÉORIE

La tête engagée est retenue au niveau des parties molles.

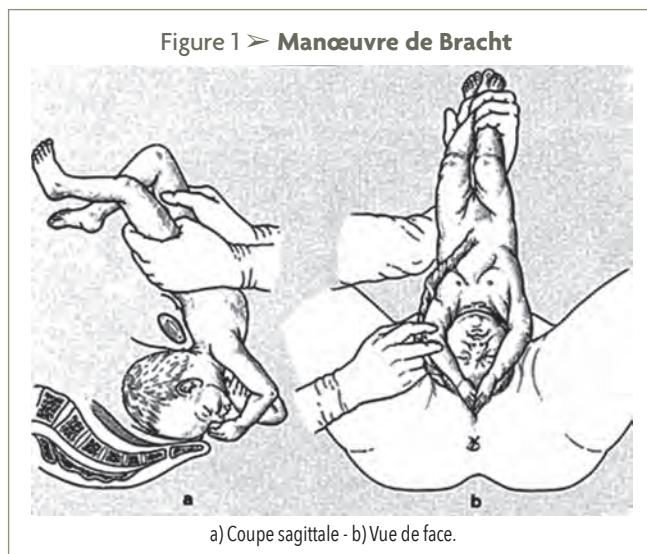
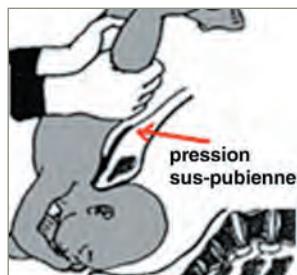
La manœuvre de BRACHT consiste à:

- Aider la tête de l'enfant dans son dégagement **en ramenant son corps vers le ventre de sa mère**
- **Rotation du bas vers le haut autour de la symphyse pubienne et du rachis cervical de l'enfant**
- Manœuvre la plus classique pour aider le **dégagement de la tête dernière**
- Permet une association à d'autres manœuvres (Lovset-Bracht)
- Dite « peu active »

EN PRATIQUE

Lorsque les omoplates sont à la vulve :

- **Saisie du siège à pleine main** = pouces de l'opérateur sur la face antérieure des cuisses;
- **Sans traction : accompagner le renversement de l'enfant qui vient appliquer son dos sur le ventre de sa mère;**
- Un aide peut exercer une légère expression utérine (**pression au-dessus du pubis sur le sommet du crâne fœtal**) pour faciliter la sortie de la tête dernière.



ACCOUCHEMENT DE LA TÊTE

(D'après P. Morin L'accouchement, Flammarion, Paris, 1965)



L'occiput se fixe sous la SP



La tête se défléchit autour de la SP



La face apparaît à la vulve

RISQUES

- Essentiellement dus à la rotation du cou de l'enfant.
- Il peut se produire un « Écartement - Luxation » des vertèbres cervicales (en général C6-C7) avec une rupture traumatique de la moelle épinière. Traumatisme souvent marqué par un claquement sec et vif audible.

RÉFÉRENCES

- Pratique de l'accouchement*, J. LANSAC, G. BODY. Ed SIMEP. 349 : 104.
- Mécanique et techniques obstétricales*, 2^e édition, J.-P. SCHAAL, D. REITMULLER, R. MAILLET. Ed. Sauramps Médical. 604 : 236.

2 AMORCE DE RELÈVEMENT DES BRAS ► MANŒUVRE DE LOVSET¹²³ (DOUBLE ROTATION AXIALE)

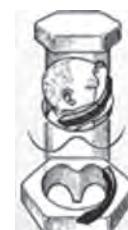
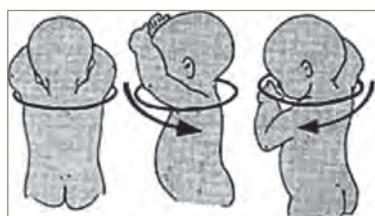
EN THÉORIE

- Le tronc fœtal est en partie dégagé, la pointe des omoplates est à la vulve, mais les coudes n'apparaissent pas :
- 1 ou les 2 coudes sont à l'horizontale devant le cou fœtal à la partie haute de l'excavation.
- La non-correction rapide de la situation risquerait un accrochage du coude, entraînant l'extension des bras vers le haut de part et d'autre de la tête, aggravant la dystocie.



L'ESSENTIEL

- Arrêt de progression du siège au niveau de l'ombilic.
- Dystocie de relèvement des bras.
- Point de repère anatomique** : la pointe des omoplates
- Double rotation axiale** du tronc fœtal ou double conversion successive de l'épaule postérieure en épaule antérieure.
- Rotation **toujours dos en avant**.



« L'écrou fœtal » va se visser sur « le pas de vis » pelvien pour le dégagement des bras.

► Le fœtus est saisi au niveau des ailes iliaques.



► 1^e rotation de 90° du bassin :
• L'épaule postérieure devient antérieure
• Les doigts en attelle **sur la face antérieure du bras abaissent le bras**



► 2^e rotation de 180° du bassin dans le sens opposé :
• **Abaissement de l'autre bras**



EN PRATIQUE

■ SAISIE DU FŒTUS

- Avec un linge stérile et sec, le fœtus est saisi au niveau des ailes iliaques, les pouces sur le sacrum et les doigts sur la face antérieure des cuisses.

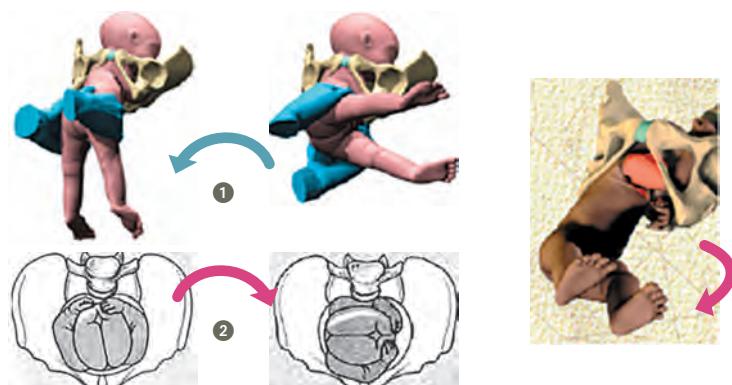
ATTENTION !

- C'est le bassin qui doit être mis en rotation et non pas le thorax.
- La torsion axiale du rachis est indispensable pour provoquer les mises en tension musculaire qui faciliteront l'abaissement de l'épaule.



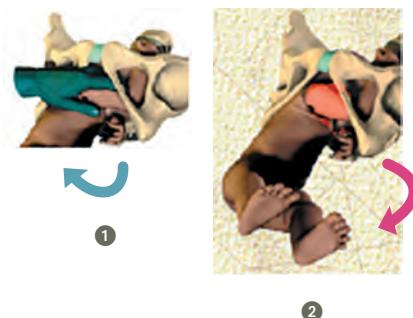
■ PREMIÈRE ROTATION

- Tout en maintenant une traction vers le bas, **pratiquer une 1^{re} rotation de 90° du bassin et par conséquent du tronc fœtal** ① qui amène l'**épaule primitive postérieure en avant = elle devient antérieure, le bras sous la SP.** ②



■ ABAISSEMENT D'UN BRAS

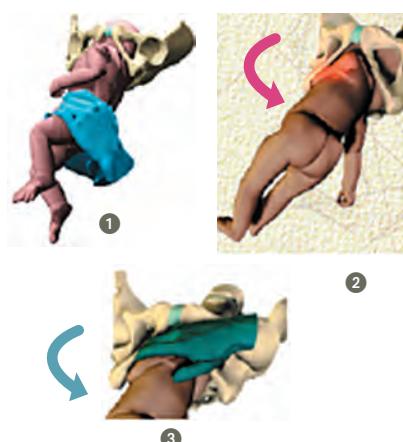
- Le bras peut être extrait à l'aide de la main de nom opposée au bras (main gauche – bras droit). ①
- Les doigts sont introduits dans le vagin le long du dos et remontent jusqu'à la face postérieure de l'épaule, puis l'index et le majeur sont posés en attelle sur la face antérieure du bras jusqu'au pli du coude, le pouce en regard du creux axillaire. ①
- Les deux derniers doigts se logent derrière le cou (le bas n'étant relevé qu'à l'horizontale, il reste suffisamment de place entre l'épaule et la tête). ①
- Une pression douce abaisse le bras qui balaie la face antérieure du fœtus.** ②
- Suite au dégagement du bras antérieur, l'épaule postérieure est passée sous le promontoire.



■ DEUXIÈME ROTATION + DEUXIÈME BRAS

Une 2^e rotation de 180° dans le sens opposé permet le dégagement de l'autre bras: ①

- Le coude apparaît à la vulve permettant le dégagement du 2^e bras.** ②
- À ce stade, l'abaissement du bras est en général facile quand bien même il ne s'est pas extrait spontanément du fait de la rotation.
- Si nécessaire, le bras sera extrait de la même façon que le 1^{er} à l'aide de la main opposée. ③



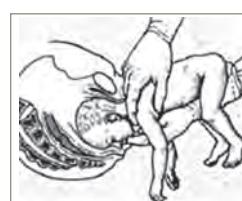
RÉFÉRENCES

- Pratique de l'accouchement, 2^e édition, J. LANSAC, G. BODY. Ed SIMEP. 349 : 105.
- CD Laboratoire GUIGOZ, Mécanique obstétricale de l'accouchement, tome 2 «Accouchement en présentation du siège», J.F. OURY, O. SIBONY, D. LUTON, Ph. BLOT, JP. RENNER.
- Traité d'obstétrique, D. CABROL, JC PONS, F. GOFFINET. Médecine-Sciences FLAMMARION. 2003. 1154 : 826-829.

3 RÉTENTION DE TÊTE DERNIÈRE DANS L'EXCAVATION PELVIENNE ► MANŒUVRE DE MAURICEAU¹²

EN THÉORIE

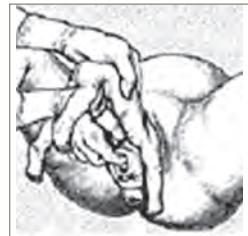
- Les épaules étant elles-mêmes dégagées, la tête est encore retenue au DS, dans l'excavation pelvienne.
- La tête fœtale se présente au DS dans le même diamètre oblique que le siège.
- La pression exercée sur la base de la langue du fœtus permet de fléchir la tête pour la descendre



dans ce diamètre oblique, puis l'orienter dans l'excavation en antéro-postérieur afin de l'amener, par une traction vers le bas, occiput sous la SP.

- La rotation ensuite, vers le haut, autour du pivot occiput-symphysé permet le dégagement progressif de la face et du crâne.

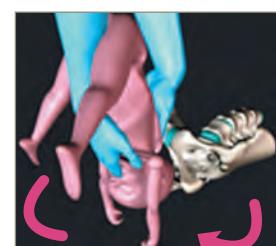
Avant de réaliser la manœuvre :
attendre que les deux omoplates et les bras du fœtus soient dégagés.



EN PRATIQUE

■ ORIENTATION, FLEXION ET ROTATION DE LA TÊTE

- Le corps et les épaules dégagés, **l'enfant est placé à cheval** sur l'avant-bras. ①
- Introduire l'index et le médius de la main dont la paume regarde le ventre du fœtus** dans le vagin, et les remonter pour repérer le menton dans le diamètre d'engagement du siège (menton à droite si SIGA, à gauche si SIDP).
- Introduire l'index et le majeur dans la bouche.**
- Appuyer sur la base de la langue. ②
- Flétrir la tête pour amener le menton sur la poitrine.**
- Dans la continuité du mouvement : orienter la tête et la placer en OP.** ③
- Le menton est bloqué sur la poitrine, solidarisant tête et thorax. ④



■ DÉGAGEMENT

- La tête de l'enfant va être dégagée par le bras postérieur (doigts dans la bouche) qui relève l'ensemble autour du pivot sous-pubien. ⑤
- Aucune traction n'est exercée sur le cou. La main antérieure se contente de maintenir les épaules.
- Une pression sus-pubienne peut être exercée par un aide. Sans défexion du cou l'ensemble est relevé entre les deux bras de l'accoucheur : **la flexion forcée de la tête associée au relèvement progressif du tronc ramène le dos du fœtus sur le ventre de la mère.**
- Le menton, le nez et le front seront dégagés avec précaution en se méfiant d'une poussée maternelle intempestive.

DANGER

■ MANŒUVRE DANGEREUSE

- À réaliser lorsque la tête est engagée.
- Si traction soutenue sur les épaules :**
 - Hémorragies méningées, lésions médullo-bulбарaires ;
 - Lésions du plancher buccal, plexus brachial.

- Réaliser la manœuvre **tardivement** dans la phase d'expulsion de la tête = **accompagner plutôt que tracter**. **Elle doit donc être effectuée sans efforts**. Si ce n'est pas le cas, il est conseillé de renoncer pour utiliser des forceps moins traumatiques.
- On peut l'associer à une expression abdominale.**

RÉFÉRENCES

1. *Pratique de l'accouchement*, 2^e édition, J. LANSAC, G. BODY. Ed SIMEP. 349 : 105.
2. CD Laboratoire GUIGOZ, *Mécanique obstétricale de l'accouchement*, tome 2 «Accouchement en présentation du siège», J.F. OURY, O. SIBONY, D. LUTON, Ph. BLOT, JP. RENNER.

La pratique des sages-femmes : une activité en mutation

PAR L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ,
LES SAGES-FEMMES : UNE PROFESSION EN MUTATION, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MAI 2016.

LA PRÉGNANCE DES ACTIVITÉS TRADITIONNELLES CENTRÉES SUR LE SUIVI PRÉNATAL ET POSTNATAL

Les activités des sages-femmes libérales sont fortement axées autour des séances de préparation à la naissance (séances individuelles et/ou collectives) et la rééducation périnéale¹ : 89,4 % d'entre elles indiquent ainsi réaliser « très souvent » et « assez souvent » des séances de préparation à la naissance et 86,7 % pratiquent la rééducation périnéale². Si ces activités sont prédominantes au sein de la profession, elles sont néanmoins un peu moins fréquentes – toutes proportions gardées – chez les sages-femmes très récemment installées en libéral. Ainsi, 74,1 % de celles qui se sont installées en 2014 (n = 27) mènent « très souvent » et « assez souvent » des séances de préparation à la naissance (contre 89,4 % de l'ensemble de leurs conseurs) et 70,4 % pratiquent « très souvent » et « assez souvent » la rééducation périnéale (contre 86,7 %). Au-delà de la première année de l'exercice libéral, les écarts entre les unes et les autres ne sont plus significatifs.

D'après les résultats de l'enquête périnatale de 2010, seules 15,6 % de femmes enceintes avaient consulté une sage-femme libérale dans le cadre de la surveillance de leur grossesse.

Les consultations en lactation et les conseils pour l'allaitement maternel sont également des activités prépondérantes chez ces professionnelles, puisque 84 % déclarent les mener « très souvent » et « assez souvent ». L'importance prise par ces tâches est à mettre en lien avec la progression de l'allaitement maternel dans notre pays et les recommandations nationales et internationales de santé publique préconisant cette pratique (Programme national nutrition santé_PNNS, Organisation mondiale de la santé_OMS, etc.) : 69 % des enfants recevaient, en maternité, du lait maternel en 2010 contre moins de la moitié à la fin des années 1970³. À l'instar des deux actes précédents, ces consultations en lactation sont un peu moins fréquentes parmi les sages-femmes nouvellement installées mais leur progression est très rapide au-delà de la première année d'exercice : 59,3 % de celles qui ont débuté en 2014 les réalisent « très souvent » et « assez souvent » ; cette proportion passe à 84,9 % chez celles qui se sont installées en 2013. Les jeunes sages-femmes libérales débutent souvent en qualité de remplaçantes ou de collaboratrices et celles-ci n'ont pas toujours le choix de leurs activités (les titulaires des cabinets pouvant leur confier certaines tâches et souhaiter en conserver d'autres).

Les consultations, visites, suivis de grossesses physiologiques et de grossesses pathologiques et les suites de couches, qui ne représentaient qu'une faible part de l'activité des sages-femmes libérales en 2004 (5 % du montant des actes remboursés)⁴, prennent plus de place aujourd'hui. Les actes suivants sont réalisés « très souvent » et « assez souvent » par plus de la moitié des sages-femmes : le suivi de suites de couches à domicile (71,8 %), la surveillance des grossesses physiologiques (67,4 %), les consultations pré-natales (55,4 %), la surveillance des grossesses pathologiques (54,3 %) et les visites postnatales (53,1 %). Le rôle des sages-femmes libérales dans la surveillance des grossesses s'est accru. D'après les résultats de l'enquête périnatale de 2010, seules 15,6 % de femmes enceintes avaient consulté une sage-femme libérale dans le cadre de la surveillance de leur grossesse (ce suivi étant majoritairement assuré par des médecins, surtout par des gynécologues-obstétriciens hospitaliers ou de ville)⁵ ; et une part encore plus faible

1. Les activités des sages-femmes libérales ont été répertoriées sur ce qu'elles mettent effectivement en œuvre, et sur la façon dont elles les nomment, et non pas sur la nomenclature « officielle » des actes professionnels à partir de laquelle elles vont coter et rédiger les feuilles de remboursement des soins effectués. Pour chacune des 28 activités alors listées, en réponse à la question « Quelles activités pratiquez-vous et à quelle fréquence ? », les enquêtées avaient le choix entre 5 items : « Très souvent » ; « Assez souvent » ; « De temps en temps » ; « Rarement » et « Jamais ».
2. Depuis plusieurs années, ces deux activités sont repérées – sur la base de différents indicateurs – comme étant majoritaires parmi l'ensemble des sages-femmes libérales en exercice. Les données de la CNAMTS indiquent ainsi que la rééducation périnéale représentait, en 2014, près de la moitié (46 %) des actes réalisés par les sages-femmes libérales et près d'un tiers de leurs honoraires ; la préparation à la naissance constituait, quant à elle, 42 % de leur activité et plus de la moitié (53 %) de leurs honoraires. L'enquête menée en 2004 par l'ONDPS soulignait déjà que 86,8 % des sages-femmes libérales avaient réalisé, au cours de leur dernière journée de travail, des actes de préparation à la naissance et 77,8 % des actes de rééducation périnéale. CNAMTS, *Observatoire conventionnel des sages-femmes 2015 [données SNIIRAM EXE]*. ONDPS, *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, Rapport 2004, Tome 3, 2004, p. 43.
3. Kersuzan C., Gojard S., Tichit C., Thierry X., Wagner S., Nicklaus S., « Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe Maternité, France métropolitaine », Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 27, 2014, p. 441.
4. Cour des comptes, « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », Rapport Sécurité Sociale 2011, Chapitre V, p. 182.
5. Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé et INSERM, *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, 2011*, p. 21 et p. 68.

de ces femmes (8,4 %) avait été visitée à domicile par une sage-femme libérale pendant leur grossesse. Si les différences liées à l'ancienneté dans le métier ne sont pas significatives en ce qui concerne le suivi des grossesses physiologiques, elles le sont davantage pour ce qui concerne le suivi des grossesses pathologiques : 39,7 % des sages-femmes qui ont démarré leur activité libérale entre 1975 et 1994 pratiquent « très souvent » et « assez souvent » des suivis de grossesses pathologiques quand c'est le cas de 56,2 % de leurs collègues qui ont débuté au cours des vingt années suivantes (1995-2014).

Les actes de nature plus administrative liés aux suivis de grossesse font aussi partie de l'activité des sages-femmes libérales. Depuis, la publication de la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, les sages-femmes sont autorisées à effectuer la déclaration de grossesse. 37,6 % d'entre elles disent procéder « très souvent » et « assez souvent » à de telles déclarations alors que la dernière enquête périnatale indiquait qu'en 2010, cette activité était encore réalisée très massivement par des médecins, en l'occurrence par des gynécologues-obstétriciens et généralistes, dans 96,5 % des cas⁶. La quasi-totalité (97,1 %) des sages-femmes qui assurent « très souvent » et « assez souvent » des suivis de grossesses physiologiques procèdent aussi « très souvent » et « assez souvent » à des déclarations de grossesse. Dans une moindre mesure, 8,4 % des sages-femmes libérales délivrent des arrêts de travail à leurs patientes.⁷

La pratique de l'examen des nouveau-nés se développe également. En 2004, seules 8,6 % des sages-femmes libérales indiquaient avoir procédé à l'examen de nouveau-nés durant leur dernière journée de travail⁸. Cette activité – appréhendée à partir de sa fréquence – concerne désormais près des deux tiers des sages-femmes libérales : 65,9 % d'entre elles déclarent suivre « très souvent » et « assez souvent » des nouveau-nés (surveillance du poids, de la croissance, etc.).

Au regard de ce premier groupe d'activités majoritaires, il apparaît que la place des sages-femmes libérales dans le suivi prénatal et postnatal semble s'être renforcée, conformément au souhait des Pouvoirs Publics. Dans le domaine prénatal, ce renforcement est de mise pour l'accompagnement des grossesses à bas risque ainsi que pour le suivi des grossesses pathologiques (suivi effectué sur prescription médicale). Ces observations vont dans le sens des résultats issus de la dernière enquête périnatale qui soulignent que, pour de

6. Ibid.

7. Depuis 2012, les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail (qui ne peuvent excéder 15 jours et ne peuvent faire l'objet d'aucun renouvellement ou de prolongation au-delà de ce délai) à une femme enceinte lorsqu'elle constate son incapacité physique à continuer ou reprendre le travail, à la condition qu'il ne s'agisse pas d'une grossesse pathologique.

8. ONDPS, Rapport 2004, op. cit., p. 43.

9. Blondel B., Kermarrec M., « La situation périnatale en France en 2010 », Études et Résultats, n° 775, 2011, page 3.

10. Cour des comptes, op. cit., p. 194.

11. Ministère de la Solidarité, de la santé et de la protection sociale, *Plan Périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité*, 2004.

12. 21,4 % des femmes ayant accouché en mars 2010 avaient bénéficié de l'entretien périnatal : Blondel B., Kermarrec M., op. cit., page 3.

13. Ministère de la Santé et des sports, Direction générale de la santé, *Évaluation du plan Périnatalité 2005-2007. Rapport final*, 2010.

Près de 80 % des sages-femmes libérales (78,9 %) indiquent réaliser « très souvent » et « assez souvent » l'entretien du 4^e mois.

nombreuses femmes enceintes, la sage-femme (qu'elle soit libérale ou salariée) est désormais considérée comme une professionnelle de premier recours⁹. En revanche, cette évolution ne semble pas s'être réalisée « aux dépens des actes n'impliquant aucune prise de risque (préparation à l'accouchement, rééducation périnéale) » comme le recommandait la Cour des comptes en 2011¹⁰.

L'ESSOR DE NOUVELLES ACTIVITÉS EN LIEN AVEC L'EXTENSION DES COMPÉTENCES

À côté de ce premier groupe d'activités « traditionnelles », on repère un deuxième groupe d'activités pouvant être qualifiées de « nouvelles ». Ces nouvelles pratiques résultent de l'élargissement progressif du champ de compétences de la profession. Ainsi en va-t-il de l'entretien du 4^e mois. Issu du plan Périnatalité 2005-2007 « *Humanité, proximité, sécurité, qualité* »¹¹ il a été rendu obligatoire par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Cet entretien – individuel ou de couple – doit être systématiquement proposé à la femme enceinte et repose sur la réalisation d'un bilan médical et psychosocial de la situation de la future mère et de son environnement. Près de 80 % des sages-femmes libérales (78,9 %) indiquent réaliser « très souvent » et « assez souvent » l'entretien du 4^e mois. En 2010, à peine un quart des femmes enceintes bénéficiaient de cet entretien ; à cet égard, les sages-femmes libérales semblent avoir été partie prenante dans le déploiement de ce dispositif¹².

Dans la continuité de cette activité, 43 % des sages-femmes aident « très souvent » et « assez souvent » les futurs parents à rédiger leur projet de naissance. Ce projet, introduit également par le plan Périnatalité 2005-2007, permet aux parents d'énoncer leurs souhaits quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il y a quelques années encore, celui-ci ne suscitait pourtant pas une forte adhésion chez les femmes enceintes, en raison de son caractère formel (document écrit) et technique (contenu centré sur les actes). Sur ce point, on peut lire dans le rapport d'évaluation du plan Périnatalité 2005-2007 : « *Dans les focus groupes réalisés len 2009-2010I, moins de 10 projets formels ont été recensés parmi 100 femmes rencontrées* »¹³. Ces deux activités centrées sur la parentalité sont étroitement articulées dans la pratique des sages-femmes libérales : 85 % de celles qui réalisent « très souvent » et « assez souvent » l'entretien périnatal accompagnent aussi « très souvent » et « assez souvent » les femmes dans l'élaboration de leur projet de naissance.

Dans le domaine de la gynécologie, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST », précise que « *l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivis gynécologiques de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique* ». Depuis

2009, les sages-femmes sont donc en mesure d'assurer des consultations de gynécologie préventive auprès de toutes les femmes, et non pas uniquement auprès des femmes au cours de leur grossesse ou de l'examen postnatal. À ce titre, elles peuvent réaliser un frottis cervico-vaginal : 37,6 % d'entre elles réalisent cet acte « très souvent » et « assez souvent ».

Les sages-femmes sont aussi désormais habilitées à prescrire des contraceptifs hormonaux, intra-utérins et locaux : 43,6 % des sages-femmes libérales prescrivent ou renouvellent une contraception « très souvent » et « assez souvent », 38,7 % réalisent des frottis et 24,1 % procèdent à la pose de stérilets. Les sages-femmes qui ont développé ces activités sont aussi celles qui ont suivi des formations dans le domaine correspondant : par exemple, 57,3 % de celles qui réalisent « très souvent » et « assez souvent » des prescriptions de contraception se sont formées sur ce plan et depuis leur installation en libéral, contre 31,6 % de celles qui en font de « temps en temps », 9,4 % de celles qui en réalisent « rarement » et 0,9 % de celles qui n'en font « jamais ». La fréquence de ces nouvelles activités est sensible aux effets d'âge et concerne davantage les professionnelles les plus jeunes : 50 % des sages-femmes âgées de 30 ans et moins prescrivent « très souvent » et « assez souvent » une contraception contre 43,6 % de l'ensemble de leurs consœurs (tous âges confondus) ; les constats sont identiques pour ce qui concerne la réalisation du frottis (58,8 % contre 38,7 %) et la pose du stérilet (34,9 % contre 24,1 %). Si l'on raisonne par périodes de cinq années, on observe que la fréquence de ces activités est aussi fortement corrélée à l'ancienneté de l'installation en secteur libéral.

TABLEAU 1 > PÉRIODE D'INSTALLATION DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES QUI PRESCRIVENT OU RENOUVELLENT LA PRESCRIPTION D'UNE CONTRACEPTION « TRÈS SOUVENT » ET « ASSEZ SOUVENT »

Non-réponse	0,4 %	(1)
1970-1974	0,4 %	(1)
1975-1979	0,4 %	(1)
1980-1984	1,2 %	(3)
1985-1989	3,3 %	(8)
1990-1994	5,4 %	(13)
1995-1999	8,7 %	(21)
2000-2004	14,1 %	(34)
2005-2009	23,5 %	(57)
2010-2014	42,6 %	(103)
TOTAL	100 %	(242)

14. Depuis un arrêté en date du 2 novembre 2009, les sages-femmes sont autorisées à réaliser des actes d'acupuncture, sous réserve que la professionnelle possède un DIU d'acupuncture obstétricale délivré par une université de médecine.

15. « Cet accompagnement favorise le développement de la relation affective, active, entre la mère, le père et l'enfant. Il aide à l'instauration et au développement du sentiment de parentalité ». Source : <http://www.haptonomie.org/fr/espace-public/acc陪agnement-haptonomique-pre-et-postnatal.html>

La fréquence de ces nouvelles activités est sensible aux effets d'âge et concerne davantage les professionnelles les plus jeunes.

D'AUTRES ACTIVITÉS NON CONVENTIONNELLES ET NON CONVENTIONNÉES

Il existe un troisième groupe d'activités menées moins régulièrement que les précédentes et que l'on dira moins conventionnelles voire « alternatives ». Il s'agit d'activités axées sur l'accompagnement de la femme enceinte, telle la sophrologie, pratiquée par près d'un tiers des sages-femmes interrogées (30,6 % de « très souvent » et de « assez souvent »). La fréquence de cette activité progresse d'une tranche d'âge à l'autre : 25,5 % des sages-femmes âgées de 30 ans et moins la pratiquent « très souvent » et « assez souvent » quand c'est le cas de 42,9 % de leurs consœurs âgées de 50 ans et plus. Viennent ensuite, la préparation à la naissance en piscine (18,3 %), le yoga (13,4 %), l'acupuncture (7,9 %)¹⁴, l'haptonomie¹⁵ (5,8 %), l'ostéopathie (3,8 %). D'autres pratiques concernent davantage les nouveau-nés en période postnatale : les conseils au massage des bébés (18,2 % de « très souvent » et de « assez souvent »), l'éveil du bébé par le toucher (15,1 %) ou encore le portage en écharpe (11,1 %).

Contrairement aux activités évoquées plus haut, la plupart de ces activités non conventionnelles ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale (les mutuelles peuvent néanmoins prendre en charge certaines d'entre elles). Les sages-femmes sont tenues de respecter les tarifs définis dans le cadre des accords conclus avec les syndicats professionnels et l'Assurance Maladie, en utilisant la cotation de la liste des actes et prestations arrêtés par le Code de la Sécurité sociale. Cette liste concerne principalement les consultations, les visites à domicile, les séances de suivi postnatal, les séances de préparation à l'accouchement, les actes de gynécologie et d'échographie, la rééducation périnéale et les indemnités kilométriques. En dehors de ces actes conventionnés, les sages-femmes sont autorisées à proposer à leur patientèle des prestations non remboursées, dont elles peuvent fixer librement les tarifs. Dans la pratique, les conditions dans lesquelles les sages-femmes réalisent ces activités sont très variables, ce qui rend délicat les tentatives de comparaison : par exemple, les activités de sophrologie peuvent être intégrées aux séances de préparation à la naissance, lesquelles vont alors être facturées dans le cadre d'un dépassement d'honoraires ; ces mêmes activités peuvent être réalisées au cours de séances consécutives aux séances de préparation à la naissance ou bien être proposées au cours de séances indépendantes et faire l'objet d'honoraires spécifiques.

QUELQUES ACTIVITÉS MARGINALES OU EN VOIE DE RARÉFACTION

Enfin, peut prendre place une dernière catégorie d'activités, que l'on peut qualifier de relativement « marginales », au

sens où elles sont pratiquées par moins de 5 % des sages-femmes libérales. Cela concerne les soins infirmiers qui ne sont réalisés « très souvent » et « assez souvent » que par 3,8 % des sages-femmes libérales enquêtées. En 2009, ces soins ne représentaient déjà que 3 % des montants remboursés par l'Assurance Maladie¹⁶. La profession estime que ces soins infirmiers (notamment en post-partum) pourraient faire l'objet d'une délégation de tâches¹⁷.

Seules 3,8 % de ces professionnelles réalisent « très souvent » et « assez souvent » des échographies. Cette activité est encore plus marginale que la première dans la mesure où la majorité des sages-femmes (90,8 %) indiquent ne jamais réaliser d'échographies contre à peine la moitié d'entre elles pour les soins infirmiers (48,2 % des professionnelles n'en dispensent jamais). Les sages-femmes concernées par cette activité sont peu nombreuses parmi les plus jeunes : sur les 21 sages-femmes qui réalisent « souvent » et « très souvent » l'échographie, une seule est âgée de moins de trente ans, 6 sont trentenaires, 6 sont quadragénaires et 8 sont quinquagénaires.

Ce panorama des activités menées par les sages-femmes libérales tend à démontrer qu'elles couvrent l'ensemble du champ de la périnatalité : elles contribuent à assurer la continuité des soins tout au long du parcours des femmes, leur offrant ainsi la possibilité d'un suivi complet ou dit « global » ou tout au moins d'un suivi « semi-global » (dans la mesure où l'accouchement n'est généralement pas réalisé par la sage-femme libérale).

16. Cour des comptes, op. cit. p. 182.

17. ONDPS, Compte rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010, p. 9.

18. Généralisé par la CNAMTS à partir de 2012, le Programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO) des femmes ayant accouché, est un dispositif destiné aux patientes qui sortent d'un séjour en maternité, afin de faciliter leur retour à domicile, d'anticiper leurs besoins, tout en favorisant les liens entre professionnels de santé hospitaliers et de ville, ceci en vue de garantir une continuité dans le parcours de soins périnataux. Au lendemain de la naissance de l'enfant, un conseiller de l'Assurance Maladie se rend à la maternité auprès de la femme venant d'accoucher et déclarée éligible par l'équipe médicale pour lui proposer le service d'accompagnement de retour à domicile. Si la femme ne connaît pas de sage-femme, elle choisit une sage-femme libérale dans la liste que lui propose le conseiller et signe un bulletin d'adhésion au service. Le conseiller prend alors contact avec la sage-femme retenue pour s'assurer de sa disponibilité et planifie la première visite à domicile.

Si la sortie a lieu dans le cadre d'une sortie dite standard selon les définitions de la HAS, la première visite a lieu si possible dans les 48 heures suivant la sortie de maternité (et au plus tard dans les 7 jours). La sage-femme libérale se rend à domicile pour un suivi de la mère et de l'enfant (pesée, allaitement, cicatrisation, etc.). La deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme qui assure le suivi. Si l'état de la mère et/ou celui de l'enfant le justifient, la sage-femme peut programmer des visites complémentaires.

19. Les mères ayant intégré le programme en 2013 ont bénéficié, en moyenne, près de 2 visites de sages-femmes libérales contre 0,47 pour celles n'ayant pas intégré le dispositif. Source: CNAMTS, Observatoire conventionnel des sages-femmes 2015 [données PMSI].

20. Source: Union nationale syndicale des sages-femmes (UNSSF), Enquête Satisfaction PRADO, 2012, 30 p. Ces résultats sont à considérer avec une certaine prudence dans la mesure où les sages-femmes interrogées étaient toutes affiliées à l'UNSSF et que celle-ci a encouragé ses adhérentes à boycotter le dispositif au début de son expérimentation, ceci pour défendre l'idée d'une prise en charge continue et non morcelée des femmes et revendiquer le rôle pivot des sages-femmes dans l'accompagnement des grossesses dites physiologiques. Cf. UNSSF, « À toutes les sages-femmes », communiqué du 1^{er} mars 2010.

21. Ministère de la Solidarité, de la santé et de la protection sociale, plan Périnatalité 2005-2007, op. cit., p. 23.

DES VISITES À DOMICILE EN FORTE PROGRESSION SOUS L'EFFET DU PRADO

La majorité des sages-femmes libérales réalisent des visites à domicile dans le cadre du PRADO (81,3 %)¹⁸. Parmi celles qui ont précisé le nombre de visites menées dans ce cadre au cours des 30 jours précédant l'enquête, 47,3 % ont réalisé 1 à 6 visites et 52,7 % en ont réalisé 7 à 10 et plus¹⁹. L'enquête produite en 2012 par l'UNSSF auprès d'un échantillon de 182 sages-femmes libérales indiquait qu'à peine un tiers de ces professionnelles participaient au PRADO : 38 % des sages-femmes libérales avaient été contactées par leur CPAM pour participer au PRADO et 30 % d'entre elles participaient ou souhaitaient participer au programme tandis que 14 % refusaient d'y participer²⁰. La part des sages-femmes réalisant des visites dans le cadre du PRADO progresse d'autant plus que leur installation est récente.

TABLEAU 2 > PÉRIODE D'INSTALLATION EN LIBÉRAL DES SAGES-FEMMES PRATIQUANT DES VISITES DANS LE CADRE DU PRADO

Non-réponse	0,2 %	(1)
Années 1970 et avant	0,4 %	(2)
Années 1980	3,1 %	(14)
Années 1990	14,4 %	(65)
Années 2000	41,2 %	(186)
Années 2010	40,7 %	(184)
TOTAL	100 %	(452)

UNE PLUS FAIBLE IMPLICATION DANS LE CADRE DE L'HAD

En comparaison au PRADO, la proportion de sages-femmes libérales effectuant des visites à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD) est moins importante. À peine un quart (24,6 %) des professionnelles interviewées auprès de patientes hospitalisées à domicile. Sur ce point, il importe de rappeler que le plan Périnatalité 2005-2007 prévoyait de créer des places d'hospitalisation à domicile et de renforcer la participation des sages-femmes libérales dans le suivi des grossesses pathologiques et des retours de maternité après un accouchement difficile²¹. Les sages-femmes qui sont impliquées dans l'HAD sont aussi celles qui mènent une part importante de suivis de grossesses pathologiques : deux tiers des sages-femmes (66,4 %) qui effectuent des visites dans le cadre de l'HAD déclarent réaliser « très souvent » à « assez souvent » de tels suivis. Les professionnelles qui interviennent dans le cadre de l'HAD réalisent significativement moins de visites que dans le cadre du PRADO : 71,3 % des sages-femmes ont ainsi effectué 1 à 6 visites au titre de l'HAD au cours des 30 derniers jours et 28,7 % en ont réalisé 7 et plus. Ces sages-femmes travaillent plus souvent avec des associées ou des collaboratrices (50,4 %) qu'en solo (43,8 %).

Sur un autre versant, l'hospitalisation à domicile est perçue comme un mode de prise en charge onéreux pour l'Assurance Maladie (montant élevé du forfait journalier) et assez peu rentable pour les sages-femmes libérales elles-mêmes : celles-ci disent perdre en revenu lorsqu'elles ne sont pas sollicitées pour effectuer des visites à domicile alors même qu'elles s'étaient rendues disponibles dans ce but.

LA RÉALISATION DE L'ACCOUCHEMENT EN PLATEAU TECHNIQUE UNE PRATIQUE PEU DÉVELOPPÉE

Si le travail des sages-femmes salariées des hôpitaux et plus encore des cliniques est essentiellement axé sur l'accouchement, cette même activité demeure très rare parmi les sages-femmes libérales : les accouchements ne représentaient qu'à peine 0,05 % de leurs actes en 2009²². Un tel constat s'explique par l'absence de maisons de naissance²³ ainsi que par le faible accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques des maternités hospitalières.

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (loi dite « Evin »), le Code de la santé publique permet en effet aux sages-femmes libérales d'accéder aux plateaux des établissements de santé pour y réaliser l'accouchement de leurs propres patientes. Pour cela, un contrat doit être conclu entre l'établissement et la sage-femme, notamment pour préciser les conditions d'utilisation du plateau technique, la rémunération des actes ainsi que le montant de la redevance versée par la professionnelle à l'établissement²⁴. Seules 7,9 % des sages-femmes libérales ont accès à un plateau technique afin de pouvoir y réaliser des accouchements. Pour autant, toutes n'utilisent pas la possibilité offerte, puisqu'uniquement 5,8 % des sages-femmes indiquent avoir réalisé des accouche-

Seules 7,9 % des sages-femmes libérales ont accès à un plateau technique afin de pouvoir y réaliser des accouchements. Pour autant, toutes n'utilisent pas la possibilité offerte, puisqu'uniquement 5,8 % des sages-femmes indiquent avoir réalisé des accouchements en plateau technique (soit 32 sur 556).

ments en plateau technique (soit 32 sur 556). Parmi celles-ci, toutes n'ont pas précisé le nombre d'accouchements réalisés dans ce cadre au cours des 30 jours précédent l'enquête. Néanmoins, sur les 18 sages-femmes ayant apporté cette précision, 14 ont réalisé entre 1 et 3 accouchement(s) en plateau technique et 4 en ont réalisé 5 et plus. La réalisation de l'accouchement en plateau technique est corrélée avec l'ancienneté du diplôme et de l'installation en secteur libéral : la majorité de celles qui déclarent avoir mené au moins un accouchement en plateau technique au cours du mois écoulé ont ainsi obtenu leur diplôme dans le courant des années 1990 et 2000 (68,8 %) ; la pratique est, à l'inverse moins fréquente parmi les plus anciennes et les plus jeunes diplômées. En outre, l'accouchement en plateau technique concerne de façon plus importante les sages-femmes qui se sont installées en libéral au cours d'une période récente : la moitié de celles qui ont cette pratique (16 sur 32) se sont installées au cours des années 2010, alors que cette même activité n'est menée que par deux sages-femmes installées durant les années 1980 et par aucune de celles qui se sont installées dans les années 1970 ou avant. Enfin, les sages-femmes qui réalisent l'accouchement en plateau technique ont plus souvent une expérience préalable de cette activité en tant que salariées : 43,8 % d'entre elles occupaient un poste en salle de naissance juste avant leur passage en secteur libéral (contre 24,9 % de celles qui ne le pratiquaient pas).

22. Cavillon M., op. cit., p. 3.

23. ONDPS, Compte rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010, op. cit., p. 7.

24. Le montant de la redevance est fixé par un arrêté du 28 mars 2011: 30 % des honoraires pour un accouchement.

25. Présentées comme une alternative aux maternités hospitalières, les maisons de naissance répondent à une demande croissante de « démédicalisation » de la grossesse et de l'accouchement. Gérées par des sages-femmes, ces structures – encore non opérationnelles à ce jour – seront destinées aux femmes dites « à bas risque obstétrical ». La loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 a autorisé l'expérimentation de ces maisons de naissance durant deux années dans notre pays et le décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 est venu préciser les conditions de leur très prochaine expérimentation (ces maisons devront être liées par convention à un établissement de santé, devront être situées dans des locaux attenants à ceux de l'établissement partenaire, etc.).

26. Cour des comptes, op. cit., p. 198. Alerté par cette même Cour des comptes en 2013, le ministère de la Santé a saisi le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes pour que celui-ci rappelle à ses adhérentes les sanctions encourues en l'absence d'assurance professionnelle (radiation de l'Ordre pouvant conduire à une interdiction – provisoire ou définitive – d'exercice et sanctions pénales). De son côté, la Haute Autorité de Santé indique « D'autres lieux d'accouchement peuvent être actuellement choisis par les femmes présentant un faible niveau de risque, notamment les espaces dits « physiologiques » (internes à une maternité) ou le domicile » tout en ajoutant que « ces questions sont en dehors du champ des recommandations ». Haute Autorité de Santé, Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. Argumentaire, 2007, p. 99.

27. Fillaut T., Hontebeyrie J., « Accoucher à domicile: de l'obligation à l'option », La revue du praticien, vol. 63, 2013, p. 329.

L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE UNE PRATIQUE MINORITAIRE

À l'heure où les Pouvoirs Publics mettent l'accent sur le développement des maisons de naissance²⁵, ils sont en revanche bien plus réticents vis-à-vis de l'accouchement à domicile, en raison des risques qui lui sont associés. L'organisation du système de soins n'offrirait pas les conditions nécessaires au repli des femmes en cas de complication. De plus, les sages-femmes qui pratiquent l'accouchement à domicile ne sont que très rarement couvertes par des contrats d'assurance en cas de problème, compte tenu de leur coût très élevé. Dans ces conditions, la Cour des comptes recommande de « faire strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle »²⁶.

Si la demande d'accouchement à domicile progresse, cette pratique demeure en réalité marginale²⁷. Ainsi, parmi l'ensemble des sages-femmes libérales, 11,9 % signalent pratiquer ou avoir pratiqué des accouchements à domicile. La question, telle qu'elle était posée, ne permettait pas d'opérer une distinction entre les accouchements qui sont/

étaient programmés à domicile et ceux qui ne le sont/ne l'étaient pas (accouchements dont le déroulement n'était pas initialement prévu à domicile). Pour 59 % de ces sages-femmes, le premier accouchement à domicile a été réalisé dans les années 2000 et 2010. En revanche, la proportion de celles qui ont réalisé au moins un accouchement durant le mois précédent l'enquête est nettement moins élevée : 4 % (soit 22 professionnelles sur les 556 enquêtées). L'écart constaté entre les deux réponses tient probablement au fait que des sages-femmes ont pu mener des accouchements à domicile par le passé mais n'en réalisent plus à présent. Ainsi, 7,9 % de l'ensemble des sages-femmes indiquent avoir arrêté de pratiquer des accouchements à domicile ; dans ce cas, l'année du dernier accouchement se situe aussi le plus fréquemment dans les années 2000 et 2010, ce qui tendrait à montrer que cette pratique ne s'inscrit pas toujours dans la longue durée. Les principales raisons mises en avant par celles qui ont arrêté d'effectuer des accouchements à domicile tiennent au coût élevé des assurances professionnelles, à une surcharge d'activité et aux risques médicaux. La part des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile – 4 % – reste clairement minoritaire. Cette proportion est proche de celle relevée dans l'enquête produite par le CNOSF en 2008 : 4,4 % des sages-femmes libérales interrogées dans le cadre de cette étude déclaraient réaliser des accouchements à domicile (soit 72 sur les 1 615 ayant répondu au questionnaire) ²⁸. Enfin, pour ce qui concerne les 22 sages-femmes qui indiquent avoir cette pratique, 8 ont réalisé un seul accouchement au cours des 30 jours écoulés et 14 en ont réalisé 3 et plus.

Comparées à leurs consœurs qui n'ont pas l'expérience professionnelle des accouchements à domicile, celles qui ont ou ont eu cette pratique présentent la particularité d'avoir plus souvent accouché elles-mêmes à domicile : près d'un quart (24,2 %) de ces dernières ont ainsi elles-mêmes donné naissance chez elles à au moins un de leurs enfants contre 6,4 % de celles qui ne réalisent pas et n'ont jamais réalisé d'accouchements à domicile. Sur les vingt-deux sages-femmes déclarant avoir réalisé au moins un accouchement à domicile au cours du mois écoulé, dix ont expérimenté personnellement ce type d'accouchement²⁹. Celles qui sont

concernées ou ont été concernées par l'accouchement à domicile sont plus âgées que la moyenne voire exercent leur métier tardivement (elles sont majoritairement quinquagénaires et sexagénaires). Ainsi, la fréquence de cette pratique augmente régulièrement à mesure que l'on passe des sages-femmes les plus jeunes aux plus âgées.

TABLEAU 3 > LES SAGES-FEMMES PRATIQUANT OU AYANT RÉALISÉ DES ACCOUCHEMENTS À DOMICILE

Année de naissance des sages-femmes	Ensemble des sages-femmes*	Sages-femmes pratiquant ou ayant pratiqué l'accouchement à domicile*
Années 1990	0,9 % (5)	0 % (0)
Années 1980	23,9 % (133)	16,7 % (11)
Années 1970	29 % (161)	21,2 % (14)
Années 1960	29,9 % (166)	31,8 % (21)
Années 1950 et avant	16 % (89)	30,3 % (20)

*Parmi celles ayant précisé leur année de naissance.

De la même façon, on observe que parmi les 22 professionnelles ayant pratiqué au moins un accouchement à domicile au cours des 30 derniers jours, plus de la moitié (13) sont également des quinquagénaires et des sexagénaires. •

Les principales raisons mises en avant par celles qui ont arrêté d'effectuer des accouchements à domicile tiennent au coût élevé des assurances professionnelles, à une surcharge d'activité et aux risques médicaux.

28. Moulinier C., « Synthèse des résultats de l'enquête auprès des sages-femmes libérales », Contact Sages-femmes, 2009, n° 20, p. 8.

29. Ces observations rejoignent celles de Juliette Hontebeyrie qui souligne que la moitié des sages-femmes libérales (N = 36) qui pratiquent l'accouchement à domicile ont elles-mêmes accouché à domicile. Hontebeyrie Juliette, « Quelques éléments de connaissance à propos du profil sociodémographique des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile », La Revue Sage-Femme, n° 12, 2013, p. 235-286.

De la pratique hospitalière à la pratique libérale

PAR L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ,
LES SAGES-FEMMES : UNE PROFESSION EN MUTATION, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MAI 2016.

LA MOBILITÉ GÉOGRAPHIQUE AVANT ET APRÈS L'OBTENTION DU DIPLÔME

Avant même l'installation en libéral, la mobilité des sages-femmes est déjà assez marquée, si l'on met en perspective la région dont elles sont originaires et celles où elles se sont formées : près de 30 % d'entre elles se sont inscrites dans une école des sages-femmes en dehors de leur région. C'est la Bretagne qui accueille la plus forte proportion d'étudiantes originaires d'une autre région (25 sur 49) qui à la suite vont partir vers le libéral. On pourrait penser que l'Île-de-France, bien pourvue en écoles (environ 13 % des inscrites de l'Hexagone) voit arriver nombre d'étudiantes sages-femmes résidant en dehors de cette région. C'est peut-être vrai pour les futures sages-femmes dans leur ensemble mais les trois quarts de celles qui s'y sont formées et qui, à la suite, se sont dirigées vers le libéral, étaient originaires d'Île-de-France.

Avec des diplômes obtenus tout au long des années (21 % au cours de dix dernières années – 2004-2013 – et 28,9 % entre 1994 et 2003), le taux de celles qui travaillent dans la région où elles ont obtenu leur diplôme est de 55,4 %. On ne quitte pas spécialement plus la Lorraine et l'Île-de-France (52,3 % et 56 % de celles qui travaillent en libéral y ont été formées) que d'autres régions, et ce sont l'Auvergne, la région Centre et le Limousin qui voient l'installation de la plus forte proportion de sages-femmes formées ailleurs. Toutes proportions gardées, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur conserve les deux tiers des sages-femmes libérales qui s'y sont formées (contre 44 % des sages-femmes actives, salariées et libérales confondues) ; c'est le cas des trois quarts de celles qui se sont formées en Bretagne, sans nécessairement en être originaires. Dans tous les cas, la mobilité des sages-femmes libérales est d'assez forte ampleur.

LES TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES AVANT L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Au-delà des 7 % des professionnelles qui ne sont pas passées par un emploi salarié, si ce n'est de brefs remplacements immédiatement après l'obtention de leur diplôme, les autres sages-femmes ont occupé en moyenne 2,76 emplois différents avant leur installation en libéral. On observe toutefois de fortes variations autour de cette tendance centrale :

Pour plus de quatre sages-femmes sur dix, leur trajectoire menant au libéral n'a été, au maximum, ponctuée que de deux emplois salariés.

16,3 % n'ont connu qu'un seul emploi salarié, 28 % deux emplois, 21 % trois emplois, 16 % quatre emplois et 11,5 % cinq emplois et plus. Pour plus de quatre sages-femmes sur dix, leur trajectoire menant au libéral n'a été, au maximum, ponctuée que de deux emplois salariés.

Si l'on reconstitue les trajectoires des unes et des autres, on relève, emploi après emploi, une tendance à l'allongement de leur durée. Pour celles qui ont connu cinq emplois salariés et plus, la durée du premier d'entre eux s'est élevée à 2,6 ans. Celle du deuxième emploi est sensiblement équivalente (2,4 ans). Ensuite, le troisième emploi court en moyenne sur 3,6 ans, l'avant-dernier sur 3,9 ans et le dernier assuré juste avant l'installation en libéral est de 5,3 ans. Il n'y a pas de grands écarts selon que le dernier emploi a été, de fait, le seul occupé ou qu'au contraire il s'inscrit comme la dernière étape après un ou plusieurs emplois précédents avant l'arrivée en libéral. Ainsi, dans le premier cas, sa durée sera de 5,1 ans au lieu de 5,3 ans. Elle sera par contre de 4,4 ans au lieu de 3,9 ans pour une sage-femme qui n'aura connu que deux emplois salariés.

La part des sages-femmes salariées employées dans les maternités publiques a régulièrement augmenté au fil des années. Elle représentait 65 % en 1990, 68 % en 2000, 72 % en 2004 et 77 % en 2014. Si l'on retient 2004 comme date de référence, compte tenu d'une ancienneté dans le secteur libéral d'environ 10-11 ans en moyenne, le dernier emploi occupé par les sages-femmes présentement en libéral n'a été qu'à hauteur de 52,5 % un emploi dans une maternité publique. Les sages-femmes libérales ont donc, bien plus nettement que la moyenne, occupé des emplois en clinique privée (31,7 %) voire en hôpital privé (1,4 %) ! Certes, leur trajectoire, pour celles qui ont connu plusieurs emplois différents, tend à aller tendanciellement du privé vers le public, mais la surreprésentation du secteur privé demeure. Pour celles qui ont connu cinq emplois salariés différents, le premier d'entre eux était à 49,3 % dans le secteur public, puis le second à 49,9 %, le troisième à 53,2 % et l'avant-dernier à 59,2 %, avant donc de redescendre à 52,5 %, mais l'espace de travail salarié fréquenté par les sages-femmes libérales est plus souvent que la moyenne celui des maternités privées.

1. Le total n'est pas de 100 % puisqu'elles peuvent être passées par d'autres types d'emploi, comme en PMI (2,2 %), dans le secteur humanitaire (0,9 %), etc.

Les cliniques sont réputées avoir tendance à spécialiser plus leurs sages-femmes par secteur et cette spécialisation se fait en faveur du secteur de la naissance, qui représente 83 % des sages-femmes mono-secteur (contre 54 % en établissements publics), notait en 2005 une étude de l'Irdes². Les données collectées vont effectivement dans ce sens : même si le travail en salle de naissance progresse un peu au fil de la carrière (24,6 % dans un premier emploi pour celles qui en ont connu cinq différents et, au total, en dernier emploi, 27,6 %), ce dernier taux est inégalement réparti : 24,7 % des sages-femmes libérales travaillant en dernier lieu dans le secteur public étaient affectées à une salle de naissance contre 37 % en clinique privée. À l'inverse, celles qui, au fil de leur dernier emploi, ont connu une polyvalence de leurs tâches ou une mixité de leur travail, avec, chez un même employeur, des fonctions différentes selon les périodes, représentent 46,2 % des emplois en clinique privée et 53,8 % dans le secteur public. Plus à la marge, 3,4 % des sages-femmes libérales issues du secteur public ont connu en dernier lieu une fonction de cadre contre 0,5 % dans le privé ; un suivi des grossesses pathologiques à hauteur de 3,1 % contre 1,6 % et à l'inverse un travail en bloc obstétrique pour 1,7 % là où en clinique ce fut le cas de 3,3 % d'entre elles.

Les différences entre secteurs se retrouvent aussi en matière de quotité de travail. En 1997, près de 30 % des sages-femmes salariées travaillaient à temps partiel et il était plus développé dans le secteur privé (33 %) que dans le secteur public (28 %). En 2009, selon la Drees, l'écart s'était même accentué : les sages-femmes hospitalières occupant un emploi à temps partiel étaient plus nombreuses dans le secteur privé (40 %) que dans le secteur public (30 %)³. Les sages-femmes libérales ayant connu plusieurs emplois salariés ont vu, de fait, la part du travail à temps plein s'orienter tendanciellement à la baisse : celles qui ont connu cinq emplois différents travaillaient au départ à 85,9 % à temps plein. Dans le dernier emploi occupé (et qui peut être le seul effectué avant le libéral), 61,5 % seulement de ces sages-femmes travaillaient à temps plein. On ne relève pas de différences notables selon que les sages-femmes libérales aient, en dernier lieu, travaillé dans les secteurs public ou privé. Par contre, il n'en va pas de même des emplois où elles ont alterné à plusieurs reprises temps plein et temps partiel : ce fut le cas de 14 % de celles issues du secteur public et de 9 % de celles venant du secteur privé.

Si parfois les jeunes sages-femmes connaissent une ou plusieurs courtes périodes de chômage, l'accès continue cependant à se réaliser rapidement dans l'emploi⁴.

2. MIDY F et al., op.cit.

3. Cavillon M. (2012), « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », Études et Résultats, n° 791, Drees, p. 4.

4. Au-delà de l'enquête diligentée en 2014 par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) nombre d'études plus localisées et d'articles publiés dans la presse professionnelle soulignent les récentes difficultés inhérentes à l'insertion professionnelle au sortir de la formation. Micheau J., Alliot F. (2014), *Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ?* Lasertyuiop, CNOSF, rapport d'étude, p. 33. Pascual J. (2014), « Quel travail pour les sages-femmes ? », Profession sage-femme, n° 214, p. 19. ARS Rhône-Alpes (2012), *État des lieux de la profession de sages-femmes en région Rhône-Alpes*, 2013, p. 13. GREF Bretagne, *Insertion à 3 ans des diplômés de 2008*. Diplôme d'Etat de sage-femme.

TABLEAU 1 > SITUATION PROFESSIONNELLE AU FIL DES DERNIERS EMPLOIS SALARIÉS OCCUPÉS

	Dernier emploi	Avant dernier Emploi	Rang 3	Rang 4	Rang 5 et plus
Remplacement	4,3 %	2,9 %	5,6 %	7,1 %	1,6 %
CDI	58,6 %	52,9 %	47,2 %	34 %	39,1 %
CDD	31,7 %	37,4 %	38,3 %	46,8 %	43,8 %
Vacataires ou auxiliaires	1,9 %	1,0 %	1,1 %	2,6 %	6,2 %
Intérim	1,9 %	3,7 %	4,8 %	6,4 %	6,2 %
Humanitaire	0,8 %	1,4 %	2,6 %	2,6 %	3,1 %
Autres	0,8 %	0,7 %	0,4 %	0,5 %	0 %
Total des observations	517	420	269	156	64

Néanmoins, l'entrée dans la profession se fait de plus en plus par un contrat à durée déterminée. Pour 4,3 % des sages-femmes libérales, leur dernier emploi salarié a consisté en un remplacement et 31,7 % d'entre elles avaient un contrat à durée déterminée.

Au fil des différents emplois, pour celles qui en ont eu plusieurs avant leur arrivée en libéral, la progression vers l'obtention d'un CDI est nette.

Dans le dernier emploi salarié occupé, la part de CDD est quasi la même dans le secteur privé (33,2 %) et dans le secteur public (32,5 %). La part de CDI est légèrement supérieure dans le secteur public (61,6 %) que dans le secteur privé (56,5 %), la différence provenant de situations d'intérim (2,7 % dans le secteur privé contre 0,3 % dans le secteur public). Si l'on se base toujours sur le dernier emploi salarié, mis en relation avec l'année d'obtention du diplôme d'Etat, le milieu des années 2000 marque une rupture. Auparavant, la part de CDD oscillait entre 25 % et 30 % ; après 2005, elle passe rapidement à un taux compris entre 41 % et 65 % selon les années. Sur les 33 sages-femmes qui ont obtenu leur diplôme entre 2011 et 2013 et n'ont pas tout de suite gagné le libéral, 26 étaient en CDD dans leur dernier emploi salarié.

LES FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES EFFECTUÉES

Avant leur installation, 82,3 % des sages-femmes qui vont aller vers le libéral ont suivi au moins une formation complémentaire (moyenne : 1,54). L'avancée en âge et en ancienneté est corrélée au nombre de formations suivies. Dans la tranche d'âge 50-54 ans, 13,5 % ne s'étaient pas inscrites à une formation ; c'est le cas de 39,6 % des moins de 30 ans, un rapport de 1 à 3 donc. Sur un ensemble de 42 formations différentes, la rééducation périnéale, toutes méthodes confondues, arrive très largement en tête avec 25,7 % de toutes les formations suivies. Rapportées aux 387 sages-femmes qui se sont effectivement inscrites en formation continue, 63,3 % d'entre elles se sont vues ainsi dispenser une telle formation. Il s'agit de la formation majeure

des sages-femmes libérales. Toutefois, mise en relation avec l'âge des sages-femmes, la diminution de cette formation est continue entre celles qui ont plus de 34 ans (47 % environ s'y étaient inscrites) et celles qui en ont moins (34,7 %). La dispersion concernant les autres types de formation est très forte. Les formations en sophrologie ont été suivies par 9,5 % des sages-femmes aujourd'hui en libéral, au cours de leur précédent travail salarié. L'homéopathie par 7,9 %, et la gynécologie par 5,9 %.

UNE INSTALLATION EN LIBÉRAL DE PLUS EN PLUS RAPIDE

Les sages-femmes s'installent en libéral aux alentours de 35 ans⁵ et l'ancienneté des unes et des autres dans des emplois salariés est alors de 11,3 ans, mais ce ne sont là que des moyennes. De fait, selon les périodes, les variations sont importantes. Le milieu des années 1980 marque une relative rupture. Avant ces années-là, l'installation en libéral s'effectuait après 17-18 ans de travail salarié. À partir de 1985, les années d'expérience préalables chutent à 13,5 ans puis au début des années 1990 à 11,5 ans avant de descendre à 9,8 ans au début des années 2000. On manque évidemment de recul pour avancer des données précises pour la période la plus récente, sauf à constater une tendance au raccourcissement de l'ancienneté préalable dans un ou plusieurs emplois salariés. Il existe par ailleurs de fortes disparités selon les régions : les

5. Midy F., Condingny S. et Condingny M-L, relevaient déjà un tel âge moyen en 2005. « *La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail* », Questions d'économie de la santé, Irdes, n° 102, 2005.

Sur un ensemble de 42 formations, la rééducation périnéale, toutes méthodes confondues, arrive très largement en tête avec 25,7 % de toutes les formations suivies.

sages-femmes libérales de moins de trente ans représentent aujourd'hui 14,1 % de l'ensemble au niveau national, pas moins de 20 % en Rhône-Alpes ou de 17,2 % en Languedoc-Roussillon, mais seulement 8,7 % en Nord-Pas-de-Calais.

Avant 1975, il n'y a pas d'installation en libéral avant cinq années d'expérience professionnelle en maternité. Avant le milieu des années 1980, cela est aussi très rare (3 sur 37 entre 1975 et 1979, 2 sur 62 entre 1980 et 1984) et, en dehors des installations directes au sortir de la formation, aucune sage-femme ne s'est installée avec moins de deux ans d'ancienneté. À la suite, la part de celles qui franchissent le pas avant cinq ans de pratique évolue très vite. En revanche, on n'observe pas vraiment d'évolution, au fil des années, de la part de celles qui s'installent avant deux années d'expérience : depuis le début des années 1990, le taux reste quasi inchangé : 11 à 12 %. Exception faite de celles qui s'installent quasi directement en libéral, les autres sages-femmes tendent à considérer qu'il y aurait comme une sorte de période probatoire de trois-quatre ans avant de quitter le salariat.

TABLEAU 2 > L'INSTALLATION AU FIL DES QUATRE PREMIÈRES ANNÉES APRÈS L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT

	EFFECTIF DES SAGES-FEMMES			
	En libéral l'année de l'obtention de leur DE	En libéral entre 1 et 4 ans après l'obtention de leur DE	En libéral entre l'année de leur DE et 4 ans après	Ayant obtenu leur DE durant cette période
Avant 1975	0	0	0	15
1975-1979	0	3	3 soit 5,7 %	37
1980-1984	1	1	2 soit 3,2 %	62
1985-1989	2	4	6 soit 9,5 %	63
1990-1994	2	14	16 soit 14,6 %	109
1995-1999	1	15	16 soit 21,9 %	73
2000-2004	4	8	12 soit 17,1 %	70
2005-2009	5	27	32 soit 51,6 %	62
2010-2013	27	35	62	63
	42	108	149	554
				299

L'INSTALLATION DIRECTE AU SORTIR DE LA FORMATION D'UN ÉPIPHÉNOMÈNE À UNE PRATIQUE QUI DEVIENT ASSEZ ORDINAIRE

Alors qu'avant 2000, l'installation en libéral l'année d'obtention de son diplôme d'État est rare ; depuis cette tendance s'accélère : entre 2000 et 2004, 5,7 % des sages-femmes se dirigent vers le libéral dès l'obtention de leur Diplôme d'État ; entre 2005 et 2009, c'est le cas de 8 % d'entre elles, puis sur la période la plus récente, les années 2010-2013, quelque 42,8 % d'entre elles se sont installées l'année de leur DE directement. Sur 53 sages-femmes libérales âgées aujourd'hui âgées de 23 à 27 ans, 22 se sont ainsi directement installées à leur compte.

L'étude porte ici sur des effectifs limités certes, et il est logique qu'ayant interrogé notamment des jeunes sages-femmes libérales (pour autant sous-représentées dans notre échantillon), plus on évoque des périodes proches, plus, d'évidence, on obtient des taux importants. Il n'empêche que l'on saisit un phénomène, sans nul doute encore plus ample, compte tenu de cette sous-représentation. En s'arrêtant uniquement sur les dernières années, on peut

TABLEAU 3 > L'INSTALLATION EN LIBÉRAL DES SAGES-FEMMES AYANT OBTENU LEUR DIPLÔME D'ÉTAT DEPUIS 2000

Année d'obtention du DE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Installation l'année du DE	1	0	0		0	1	1	1	1	2	1	3	9
Installation l'année suivante	1	0	1	0	1	1	3	2	0	1	2	3	15
Installation 2 ans après son DE	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4	3	3	3
Installation 3 ans après son DE	2	0	1	1	0	0	4	0	0	6	2	0	
Installation 4 ans après son DE	0	0	0	1	0	0	2	3	0	0	1	0	
Installation 5 ans et plus après son DE	8	11	12	15	13	9	6	5	5	0	0	0	
Effectifs de l'échantillon	12	11	14	19	14	11	18	12	7	13	9	9	27

prendre une mesure encore plus exacte de l'accélération de ce phénomène d'installation en libéral quasi directe depuis trois à quatre ans.

On observe par ailleurs, depuis une vingtaine d'années, un resserrement des écarts d'âge parmi les étudiantes, allié à un léger rajeunissement : la moyenne d'âge à l'obtention du Diplôme d'État était de 25,8 ans au cours des années 1991-1995, et de 25,1 ans durant les années 2001-2005 et se situe aujourd'hui autour de 23,5 ans⁶. L'âge n'a pas d'incidence sur l'installation directe : c'est avant tout le contexte présent, entre restructuration et concentration des maternités, fermeture des plus petites d'entre elles, contraintes financières fortes qui explique que les jeunes diplômées, parfois bon gré mal gré, se tournent vers le libéral sans passer en quelque sorte par « la case » maternité, faute de s'y voir proposer un emploi stable.

Pour autant, face aux tensions du marché du travail qui les confrontent a priori toutes peu ou prou aux mêmes difficultés, certaines franchissent le pas du libéral et d'autres ne le font pas.

LES RESSORTS DU CHOIX DU LIBÉRAL À LA SUITE D'UN EMPLOI SALARIÉ

Dans cet emploi salarié désormais quitté ou, plus rarement, associé à la pratique libérale, qu'est-ce qui était le plus difficile à supporter ? Sur la base des propos recueillis spontanément lors des 130 entretiens réalisés, ont été proposés dans le questionnaire un certain nombre d'items à retenir et à hiérarchiser. De fait, les réponses se répartissent assez également, sans vraiment qu'émerge une raison plutôt qu'une autre dans cette liste, sauf en ce qui concerne l'entente avec les personnels que sont les aides-soignantes, les auxiliaires de puériculture, etc. Au total, pas plus de 4,1 % des sages-femmes mentionnent des difficultés à ce niveau-là. Tout juste observe-t-on que, selon l'année d'obtention du diplôme d'État, la faible considération par les médecins évolue un peu à la baisse (16,4 % pour celles qui ont été diplômées entre 1984 et 1993 contre 13,1 % pour celles ayant obtenu leur diplôme entre 2004 et 2013) ; idem pour le poids de la hiérarchie administrative. La question des faibles revenus et des relations trop superficielles avec les patientes varient plutôt à la hausse, mais ce ne sont là que des écarts de faible ampleur (2 à 3 points). Il n'en va pas tout à fait

TABLEAU 4 > LES RAISONS DU CHOIX DE L'EXERCICE LIBÉRAL

Tous choix confondus (N = 1607)	
Relations différentes avec les patientes	25,1 %
Maîtrise des horaires de travail	20,2 %
Possibilité de valoriser d'autres activités	14,8 %
Lassitude du cadre de travail antérieur	13,7 %
Satisfaction de « monter sa propre affaire »	7,8 %
Autres	6,1 %
Impossibilité de trouver un emploi dans un autre cadre	6,0 %
Revenus plus conséquents	4,5 %
Choix de ses collègues de travail	1,8 %
Total des choix	100 %

de même, dès lors que l'on met en relation ces difficultés ressenties avec le fait d'avoir en dernier lieu exercé dans les secteurs public ou privé. Faible considération et faibles revenus sont plus affaire du secteur privé (respectivement 17,4 % contre 13,1 % pour le secteur privé et 17,2 % contre 13,7 % pour le secteur public) et à l'inverse le poids de la hiérarchie administrative est plus vivement ressenti par les sages-femmes qui en dernier lieu exerçaient dans des maternités publiques (16,9 % contre 12,7 %).

COMPLÉTANT CETTE QUESTION À CHOIX MULTIPLES, UNE AUTRE PORTE SUR LES RAISONS DU CHOIX DU LIBÉRAL

Les raisons du choix du libéral sont très contrastées. Les résultats portent sur la totalité des réponses obtenues (trois choix possibles, d'où les 1 607 réponses collectées).

6. Ces chiffres confirment les données publiées par la Drees. Ainsi en 2008, en première année d'études de sage-femme, 20,2 % des étudiantes avaient moins de 20 ans et 78,1 % entre 20 et 22 ans. En 2013 ces proportions étaient respectivement de 27,4 % et de 69,3 %. Cf. Jakoubovitch S. (2009), « La formation aux professions de la santé en 2008 », Documents de travail, n°139, Drees, p. 25 ; Casteran-Sacrete B. (2015), « La formation aux professions de la santé en 2013 », Document de travail, n°195, Drees, p. 30.

- En premier choix, il est question d'abord des relations différentes avec les patientes (29,3 %) et de la maîtrise des horaires (23 %).
- En deuxième choix, ce sont encore les deux mêmes items qui reviennent, mais il y a peu d'écart entre le second (16,9 %) et ce qui a trait à la valorisation d'autres activités.
- Enfin, en troisième choix cette même valorisation d'autres activités est citée en premier (23 %) avant la maîtrise des horaires de travail.

Dans tous les cas, ce qui renvoie à des revenus plus conséquents ou à la satisfaction de « monter sa propre affaire » ne sont guère des raisons retenues⁷. Deux variables tendent à accroître les écarts entre ces réponses : la forme d'exercice du métier et l'ancienneté du diplôme d'État. Si les sages-femmes remplaçantes mettent, comme leurs collègues, d'abord en avant la possibilité offerte de nouer des relations différentes avec les patientes (23,5 %), à la suite est évoquée par elles l'impossibilité de trouver un emploi dans un autre cadre (14,7 %). Cela tend à rappeler que ce statut de remplaçante n'est souvent guère un choix mais plutôt un accommodement pour des jeunes diplômées, y compris pour compléter un autre emploi en maternité, voire en libéral ailleurs. Celles qui ont été diplômées à partir de 2005 évoquent, de façon croissante, l'impossibilité de trouver un emploi dans un autre cadre (5 % pour les titulaires du diplôme d'État obtenu entre 2002 et 2004, 9 % pour les diplômées entre 2005 et 2007, 11,1 % pour 2008-2010 et 16,6 % pour 2011-2013) et *a contrario* tendent à reléguer la possibilité de valoriser d'autres activités, puisque leur fréquent statut de remplaçante ou de collaboratrice ne leur laisse guère ce type d'ouverture.

Être remplaçante en début de carrière n'est toutefois pas quelque chose de vraiment nouveau : 31,9 % des sages-femmes libérales ont débuté comme remplaçantes, et l'augmentation de cette proportion est assez faible au fil des années. Elle pouvait déjà être de 37,5 % pour celles diplômées entre 1994 et 1996 là où, pour celles qui ont obtenu leur diplôme entre 2012 et 2014, elle est de 36,5 %.

Avant 1995, créer un cabinet en y travaillant toute seule était fréquent, cela l'est moins à la suite, et jusqu'aux années 2005, ce n'est plus nécessairement une voie très suivie (28,7 %). Depuis lors, ce mode d'exercice remonte (33,5 % entre 2006 et 2014), au détriment d'une nouvelle installation à plusieurs ou au sein d'un cabinet déjà existant. Par ailleurs, cela en est quasiment fini du rachat d'un cabinet – ce que l'on nomme plutôt « un droit de présentation à clientèle » – (moyenne générale : 5,3 %) ou d'une part de clientèle au sein d'un cabinet où travaille(nt) déjà une ou plusieurs autres sages-femmes (moyenne générale de 2 %). Pour un début de l'exercice libéral compris entre 2009 et 2011, les taux sont respectivement de 3,1 % et de à 1 %, puis pour la période 2012-2014 de 0,7 % dans les deux cas. Débuter comme collaboratrice (moyenne de 5,6 %) varie assez peu selon les années, et il en va de même du choix de débuter en libéral sans disposer d'un cabinet (moyenne de 2,2 %). •

7. Plusieurs études localisées tendent à souligner combien les sages-femmes qui s'installent en libéral n'attendent pas de revenus plus conséquents. Voir par exemple Moyon M. (2014). *L'exercice libéral des sages-femmes en Pays de la Loire: les difficultés et axes d'amélioration*, mémoire de diplôme d'État de sage-femme, Nantes, p. 41.

Les sages-femmes et la publicité

PAR BENOÎT LE GOEDEC, SAGE-FEMME

Le Premier ministre avait, l'an passé, confié au Conseil d'État la réalisation d'une étude sur le thème de la publicité par les professionnels de santé. Cette étude est adoptée maintenant par le Conseil d'État.

Après avoir auditionné les ordres professionnels, des syndicats professionnels des professions de santé, de représentants des établissements de santé publics et privés, des associations de patients, l'Autorité de la concurrence et la Caisse nationale d'assurance maladie, le Conseil d'État relève que la réglementation française interdisant la publicité directe ou indirecte aux professions de santé est devenue obsolète. D'une part, car elle va être affectée par l'évolution de la réglementation européenne, d'autre part, car l'encadrement strict des informations que les praticiens peuvent aujourd'hui rendre publiques ne paraît plus répondre totalement aux attentes d'un public demandeur de transparence sur l'offre de soins. Enfin, l'essor rapide de l'économie numérique rend inadaptées certaines des restrictions actuelles en matière d'information dans le domaine de la santé.

Le cadre actuel des informations pouvant être communiquées par les professionnels de santé au public va donc prochainement s'élargir. Les différents Ordres sont en cours de réécriture de leur code de déontologie pour y faire entrer ces modifications tout en respectant le fait que l'exercice de la médecine n'est pas une activité commerciale. Comment, en effet, ne pas risquer d'ouvrir les vannes à des abus et une dérégulation marchande...

« Tout ne doit pas être possible. Il ne faudrait pas, sous prétexte de suppression de l'interdiction de la publicité pour ces professions, que l'on puisse faire n'importe quoi, a précisé Yves Doutriaux, président du groupe de travail. Cette liberté de communiquer s'accompagnera de l'interdiction d'exercer la profession comme un commerce, conformément à la déontologie médicale consacrée par le droit français et européen. La communication du professionnel de santé devra, entre autres, être loyale, honnête, ne faire état que de données confirmées et s'abstenir de citer des témoignages de tiers, comme des anciens patients. »

La communication du professionnel de santé devra, entre autres, être loyale, honnête, ne faire état que de données confirmées et s'abstenir de citer des témoignages de tiers, comme des anciens patients.

Sur ce point, précisément, voici ce que l'on peut lire dans le rapport, pour justifier l'évolution d'ores et déjà souhaitée par le gouvernement comme par les différents Ordres :

« Une telle réflexion apparaît d'autant plus nécessaire qu'une « rupture de fait » affecte déjà les relations traditionnelles entre le public et les professionnels de santé. Ainsi, il n'est plus rare de voir certains patients consulter, sur Internet, les avis émis par d'autres internautes avant de choisir leur praticien, un peu à la manière de touristes choisissant leurs hôtels au vu des notations en ligne. De même, certains professionnels de santé se plaignent, désormais, de ne pas pouvoir préserver leur e-réputation. Face aux informations, parfois teintées de charlatanisme, qui circulent sur les réseaux sociaux, les conseils donnés par les pouvoirs publics et les professionnels de santé semblent quelquefois peu audibles dans un contexte de méfiance alimenté par les crises sanitaires, passées et actuelles. »

Alors que ni le *statu quo* ni l'autorisation générale de la publicité ne sont envisageables, l'introduction d'un principe de libre communication des informations paraît souhaitable.

Il n'y aura donc pas pour autant une autorisation pure et simple de la publicité pour ne pas ouvrir à des pratiques commerciales contraires à la déontologie, à la confraternité, à la loyauté et potentiellement néfastes pour la santé publique. Pas question donc d' « auto-proclamation » non vérifiée de spécialités ou de parcours professionnel.

« La communication du professionnel de santé devra, entre autres, être loyale, honnête, ne faire état que de données confirmées et s'abstenir de citer des témoignages de tiers », comme des anciens patients. Les ordres dresseront un « menu déroulant limitatif » des précisions que le professionnel pourra apporter sur ses spécialités et « sur-spécialités ».

LES PRINCIPALES RAISONS NÉCESSITANT CETTE MODIFICATION

- Une demande croissante d'informations générales sur la santé, à laquelle il est nécessaire de mieux répondre.
- Une demande croissante d'informations individuelles sur les professionnels de santé, encore insuffisamment satisfaite.
- La liste des données que les professionnels sont aujourd'hui autorisés à communiquer au public semble trop restrictive et source d'inégalités entre patients. Des ruptures d'égalité dont les catégories socialement défavorisées sont les premières victimes. Les difficultés particulières de l'accès à l'information dans les zones où l'offre de soins est la plus importante.
- Un développement rapide dans le domaine de la santé, susceptible de rendre obsolètes certaines des règles applicables en matière de publicité et d'information.

- Des professionnels de santé sont confrontés à la concurrence d'établissements et de professionnels non soumis à l'interdiction de la publicité.

ÉLÉMENS DE L'EXISTANT (EXTRAITS DU RAPPORT)

■ LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

En vertu du code de la santé publique, les professions de santé se subdivisent en trois catégories :

- **Les professions médicales :** médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ;
- **Les professions de la pharmacie et de la physique médicale :** pharmaciens, préparateurs en pharmacie, physiciens médicaux ;
- **Les professions d'auxiliaires médicaux :** aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires.

Les professions médicales et les pharmaciens sont constitués, depuis près de quatre-vingt ans, en ordres professionnels. Parmi les professions d'auxiliaires médicaux, trois d'entre elles (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures podologues) ont obtenu à leur tour, plus récemment, au cours des années 2000, la création d'Ordres.

Les autres professions du secteur de la santé dont l'exercice est subordonné à l'usage d'un titre – à savoir les psychologues, psychothérapeutes, ostéopathes et chiropracteurs – sont des « professions réglementées » au sens de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles, sans être des « professions de santé » au sens du Code de la santé publique.

■ LA PUBLICITÉ

Le droit de l'Union Européenne dérivé, tel qu'interprété par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, définit la « publicité » comme une « communication commerciale » destinée à « promouvoir directement ou indirectement » les services d'une personne exerçant une et, de manière plus générale, comme « toute forme de communication faite dans le cadre d'une activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale dans le but de promouvoir la fourniture de biens ou de services ».

Dans sa jurisprudence, la Cour de justice de l'Union Européenne a été amenée à préciser la distinction entre publicité et information en matière de médicaments en jugeant, par son arrêt du 5 mai 2011 « MSD Sharp & Dohme GmbH », que la définition de la publicité pour les médicaments au sens de l'article 86 § 1 de la directive 2001/83 du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain n'exclut pas, par principe,

que « des publications ou des diffusions qui ne comprennent que des informations objectives puissent être considérées comme de la publicité » dès lors que le message « vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou la consommation de médicaments », à la différence d'une « indication purement informative sans intention promotionnelle » qui, elle, ne saurait relever des dispositions de cette directive relatives à la publicité pour les médicaments.

En droit interne

Le Code de la santé publique interdit « tous procédés directs ou indirects de publicité » aux professions de santé, sans fournir d'éléments de définition précis.

Quelques textes de niveau législatif ou réglementaire ont déjà retenu, dans des domaines particuliers, une définition spécifique de la publicité. Ainsi, l'article L. 581-3 du Code de l'environnement dispose que constitue « une publicité », au sens de la réglementation des enseignes et pré-enseignes, « toute inscription, forme ou image, destinée à informer le public ou attirer son attention ».

De même, l'article 2 du décret du 27 mars 1992 fixant les principes généraux définissant les obligations des éditeurs et services en matière de publicité, de parrainage et de téléachats prévoit que, pour l'application de ce texte, constitue une publicité « toute forme de message télévisé diffusé contre rémunération ou autre contrepartie en vue soit de promouvoir la fourniture de biens ou services, y compris ceux qui sont présentés sous leur appellation générique, dans le cadre d'une activité commerciale, industrielle, artisanale ou de profession libérale, soit d'assurer la promotion commerciale d'une entreprise publique ou privée ».

Le Code de la santé publique

Il comporte, quant à lui, s'agissant des professions de la pharmacie, deux définitions de la publicité, au champ restreint, concernant, d'une part, les médicaments à usage humain et, d'autre part, les dispositifs médicaux. Les articles L. 5122-1 et L. 5213-1 du code précisent ainsi qu'il y a lieu d'entendre par publicité « toute forme d'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou la consommation », à l'exception des informations dispensées, pendant leur service, par les pharmaciens gérant une officine. Ces deux formulations identiques sont issues de la directive précitée du Parlement européen et du Conseil, du 6 novembre 2001, instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, dont elles assurent la transposition.

En l'absence, donc, d'une définition juridique générale de la notion de « publicité » dans le droit écrit national, les éléments généraux de qualification communément admis de la notion de publicité en droit interne sont, comme le soulignait notamment la présidente Maugué dans ses conclusions sur la décision du Conseil d'État « Association des groupements de pharmaciens d'officine » du 12 juin 1998, ceux découlant des jurisprudences convergentes de la Cour de cassation et du Conseil d'État, en vertu desquelles l'acte publicitaire se définit par l'existence d'un message informant sur la nature du bien proposé ou du service offert, adressé à des clients potentiels.

Dans le rapport, est qualifié de publicité, en matière d'offre de soins, tout procédé par lequel un professionnel de santé assure auprès du public la promotion, à des fins commerciales, de son activité. Il y aura ainsi lieu de distinguer, s'agissant des professions de santé, en droit interne, ces deux branches de la communication que constitue, d'un côté, la « publicité », au sens qui vient d'être dégagé, et, de l'autre, l'« information », qui se définit, a contrario, comme incluant tous les messages, renseignements et données ne revêtant pas ce caractère publicitaire.

En l'état actuel du droit, et outre les indications expressément mentionnées par le Code de la santé publique, les seules informations que les praticiens sont autorisés à délivrer au public sont celles qui présentent un caractère objectif ou obéissent à une finalité scientifique, préventive ou pédagogique, indépendamment de toute promotion personnelle. Il ne saurait, pour autant, se déduire de cette définition restrictive de l'« information autorisée » que toute « information non autorisée » constitue nécessairement de la publicité. En l'état actuel du droit, de nombreuses informations revêtant un caractère subjectif et portant atteinte à des principes fondamentaux tels que le respect de la dignité, de l'indépendance ou de la confraternité sans avoir une finalité promotionnelle ne peuvent être communiquées au public par les praticiens sous peine de poursuites disciplinaires. Appelé à se prononcer sur les qualifications de « publicité » ou « d'information autorisée » au sens du Code de la santé publique, le Conseil d'État a élaboré un faisceau d'indices – faisant écho à la définition proposée par la présidente Maugué dans ses conclusions précitées – fondé sur la part du praticien dans l'origine de l'information, la nature de cette information et le destinataire de l'information.

DES PRINCIPES TRADITIONNELS PROFONDÉMENT ANCRÉS DANS LE DROIT DE LA SANTÉ

Ce sont tous ces principes qui vont être affectés et pour autant devront être pour certains protégés.

► Dignité de la profession

De même, conformément aux articles R. 4127-308 et R. 4127-322, les sages-femmes se voient interdire, dans leurs écrits et propos, « tout ce qui est incompatible avec la dignité individuelle et professionnelle » et ne peuvent exercer une autre activité que si un tel cumul s'avère compatible avec cette même exigence.

► Indépendance

Le principe d'indépendance professionnelle est aujourd'hui consacré, s'agissant des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, par l'article L. 4112-1 du Code de la santé publique.

► Interdiction d'exercer la profession comme un commerce

Le pouvoir réglementaire relève à l'exigence selon laquelle celles-ci ne doivent pas être « pratiquées comme un commerce », qu'il s'agisse des médecins, chirurgiens-dentistes,

sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ou pédicures podologues.

► Confraternité

Ce principe de confraternité entre professionnels a pour corollaire l'interdiction de la concurrence déloyale.

► Interdiction du compéage

L'OBJECTIF DE BONNE INFORMATION DES PATIENTS

Cette évolution profonde de la législation s'est traduite, en premier lieu, par la consécration, à l'article L. 1111-261 du Code de la santé publique dans sa version issue de la loi du 4 mars 2002, du droit de toute personne d'être informée, de manière complète, au cours d'un entretien individuel et à tous les stades de sa relation avec ses interlocuteurs du milieu médical, sur son état de santé, cette obligation d'information incomptant « *à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables* ». L'obligation générale d'informer le patient sur son état de santé a pour corollaire le droit, pour toute personne, d'accéder à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements.

L'impératif d'information du patient comporte également une dimension économique dont le législateur a entendu prendre la pleine mesure en reconnaissant, à l'article L. 1111-365 du code, le droit de toute personne à être informée sur les frais auxquels elle est susceptible d'être exposée à l'occasion des soins qui lui sont proposés ainsi que sur les conditions de leur prise en charge, les modalités de cette « information économique » étant ensuite définies, en l'état actuel de la législation, avec un haut degré de précision et d'exigence aux articles L. 1111-3-166 et L. 1111-3-267 insérés par la loi du 26 janvier 2016.

Le Code de déontologie des sages-femmes relatif aux devoirs généraux des sages-femmes, précise les contours de « la bonne information » susceptible d'être diffusée par ces dernières, notamment sur un site internet, de manière directe ou indirecte, définie en creux comme une « *non-publicité* » recouvrant les « *données informatives et objectives qui, soit présentent un caractère éducatif ou sanitaire, soit figurent parmi les mentions légales autorisées [...]*, soit sont relatives aux conditions d'accès au lieu d'exercice ou aux contacts possibles en cas d'urgence ou d'absence du professionnel ». Le pouvoir réglementaire a, par ailleurs, jugé utile de soumettre la diffusion de telles informations à une obligation de communication au Conseil départemental de l'Ordre, conférant ainsi un pouvoir de régulation important à l'instance ordinaire dans la communication des professionnels à destination du public.

S'agissant des sages-femmes, les dispositions de leur Code de déontologie relatives aux conditions d'exercice reprennent cette même obligation en indiquant, de nouveau, à l'article R. 4127-341109 du Code de la santé publique, qu'elles doivent afficher dans leurs salles d'attente ou autres lieux d'exercice, de manière visible et lisible, les informations relatives à leurs honoraires, y compris les dépassements qu'elles facturent, tout en précisant qu'*« une sage-femme n'est jamais en droit de refuser des explications sur sa note d'honoraires »*.

S'agissant des sages-femmes, [...] elles doivent afficher dans leurs salles d'attente ou autres lieux d'exercice, de manière visible et lisible, les informations relatives à leurs honoraires, y compris les dépassements qu'elles facturent.

Dans leur dernière version issue du décret du 17 juillet 2012110, les dispositions de l'article R. 4127-310111 du Code de la santé publique relatives aux conditions d'exercice des sages-femmes consacrent expressément la faculté du Conseil national de l'Ordre de formuler des « *recommandations de bonnes pratiques* » au sujet du contenu des informations susceptibles d'être diffusées, « *notamment sur un site internet* », par les membres de cette profession et le chargent de veiller tout particulièrement, dans ce domaine, au respect des principes déontologiques.

L'information économique (honoraires, mode de paiement, reste à charge...), déjà censée être affichée dans les salles d'attente, sera également obligatoire sur « tout support » (site internet, répondeur téléphonique, secrétariat électronique, etc.) et consultable avant rendez-vous.

La nature des informations supplémentaires qui, en réponse aux demandes des associations de patients et d'usagers, pourraient être communiquées sur la qualité des soins et les pratiques professionnelles, reste sujette à discussion.

PROPOSITIONS

Afin de répondre aux attentes légitimes de la population, il est souhaitable que les professionnels de santé puissent diffuser publiquement des informations supplémentaires sur leurs compétences et pratiques professionnelles :

- La formation professionnelle continue ;
- Les spécialités ou « sur-spécialités » ;
- Les modalités professionnelles de l'exercice quotidien ;
- La participation à la permanence et à la continuité des soins pratiques ;
- Les certifications ou accréditations délivrées par des autorités publiques.

À l'inverse, la réflexion menée à la lumière des différentes auditions amène à ne pas retenir, au titre de cet élargissement de l'information communiquée par les professionnels de santé, les éléments suivants :

- Des diplômes non contrôlés et non reconnus, ni des compétences non certifiées et autoprolamées, ni des formations à caractère commercial ou non validées scientifiquement ;
- Du nombre d'actes réalisés pendant une période donnée ;
- Les notations et évaluations de patients ;
- D'indiquer au public qu'il n'a fait l'objet d'aucun signalement à l'Ordre ni d'aucune sanction disciplinaire ou, encore, de donner des informations sur les coordonnées de son assurance professionnelle.

PROPOSITION N° 1

Prévoir la faculté pour les professionnels de santé, dans le respect des règles déontologiques, de communiquer au public des informations sur leurs compétences et pratiques professionnelles, leur parcours professionnel, des informations pratiques sur leurs conditions matérielles d'exercice ainsi que des informations objectives à finalité scientifique, préventive ou pédagogique et scientifiquement étayées sur leurs disciplines et les enjeux de santé publique.

PROPOSITION N° 2

Rendre obligatoire, dès la prise de rendez-vous, la diffusion, sur tout support, des informations économiques précises dont l'article R. 1111-21 du Code de la santé publique impose déjà l'affichage dans les salles d'attente ou lieux d'exercice.

PROPOSITION N° 3

Favoriser le développement de la communication des pharmaciens auprès du public, afin de l'assister dans le parcours de soins, sur la gamme des prestations qu'ils peuvent délivrer et leur qualité, leur certification quant à la dispensation des médicaments, la validation de leur formation professionnelle continue ainsi que leur appartenance éventuelle à des groupements d'offices ou à d'autres réseaux professionnels. Ces informations à caractère objectif et informatif pourraient être diffusées par tout support, et en particulier sur les sites Internet des officines.

PROPOSITION N° 4

Imposer aux professionnels libéraux venus d'autres États membres, auxquels un accès partiel à l'exercice de certaines activités a été accordé au titre de l'article L. 4002-5 du Code de la santé publique, d'informer préalablement le public, par tout support, de la liste des actes qu'ils ont été habilités à effectuer.

PROPOSITION N° 5

Supprimer l'interdiction de la publicité directe ou indirecte dans le Code de la santé publique et poser un principe de libre communication des informations par les praticiens au public, sous réserve du respect des règles gouvernant leur exercice professionnel.

PROPOSITION N° 6

Imposer, par des dispositions expresses, que la communication du professionnel de santé soit loyale, honnête et ne fasse état que de données confirmées, que ses messages, diffusés avec tact et mesure, ne puissent être trompeurs, ni utiliser des procédés comparatifs, ni faire état de témoignages de tiers.

PROPOSITION N° 7

Inviter les Ordres à encourager les professionnels de santé à davantage communiquer au public, conformément à leurs recommandations, de manière à éviter toute « auto-proclamation » non vérifiée de spécialités, pratiques ou parcours professionnels

PROPOSITION N° 8

Prévoir que les nouvelles informations diffusées par les professionnels de santé le soient par tout support adéquat n'étant pas de nature à rendre cette diffusion

commerciale. Les codes de déontologie pourraient confier aux Ordres le soin de préciser, par des recommandations, les conditions dans lesquelles ces modes de publication seraient déontologiquement admis.

PROPOSITION N° 9

Inciter les professionnels de santé, dans le cadre de leur formation initiale et continue, à davantage utiliser les outils numériques pour communiquer sur leurs expériences et pratiques professionnelles et intervenir efficacement sur tout support afin de répondre aux fausses informations ou approximations susceptibles d'affecter la protection de la santé publique.

PROPOSITION N° 10

Moderniser et harmoniser les rédactions des dispositions des codes de déontologie relatives au contenu et aux procédés de diffusion des informations.

PROPOSITION N° 11

Les pouvoirs publics pourraient inclure, en accord avec les professionnels de santé, sur leurs sites numériques, le cas échéant par des liens hypertextes, les informations que ces professionnels communiqueraient au public volontairement ou obligatoirement. Les professionnels de santé seraient autorisés à diffuser au public les informations les concernant rendues publiques par les sites numériques des administrations. Les sites d'information mis en ligne par les pouvoirs publics gagneraient à être davantage coordonnés afin d'en accroître le référencement numérique et d'en améliorer l'accessibilité.

PROPOSITION N° 12

Veiller, au besoin en insérant des clauses en ce sens dans les conventions conclues avec l'assurance maladie, à ce que les établissements de santé ne placent pas les professionnels de santé qui y travaillent en contradiction avec leurs obligations déontologiques en matière de communication au public et puissent, le cas échéant, faire l'objet de rappels à la loi à cet effet.

PROPOSITION N° 13

Suggérer aux Ordres de proposer que soit ajoutée à leur code de déontologie une formule inspirée de l'article R. 4321-124 du code de la santé publique relatif aux masseurs-kinésithérapeutes, qui distinguerait les activités relevant du monopole, pour lesquelles la libre communication serait encadrée, de celles qui n'en relèvent pas, pour lesquelles la publicité serait autorisée sous certaines conditions.

PROPOSITION N° 14

Mettre en place des outils d'évaluation des effets de la publicité ou de la communication commerciale sur les dépenses de santé ainsi que des effets induits, à terme, sur l'offre de soins en France par la concurrence entre prestataires au sein de l'Union Européenne et dans le reste du monde.

PROPOSITION N° 15

Proposer aux États membres de l'Union Européenne une concertation en vue d'une meilleure coordination des législations nationales fixant les règles applicables aux professionnels de santé en matière de communication, à partir d'un livre vert de la Commission. •

Principes relatifs au traitement des données à caractère personnel

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME

Le droit de la protection des données personnelles connaît aujourd’hui une évolution très importante avec l’adoption du « Règlement Général sur la Protection des Données personnelles » du 27 avril 2016. Son entrée en application le 25 mai 2018 impose à tous les utilisateurs de données personnelles de se mettre en conformité avec ses principes. Il faut donc que chacun s’assure que ses traitements de données à caractère personnel respectent les principes de protection des données.



DÉFINITIONS

Le Règlement Général de Protection des Données (RGPD) donne un certain nombre de définitions qui permettent de bien comprendre le sujet et les rôles de chacun. Les définitions suivantes sont celles les plus appropriées à l’exercice des sages-femmes.

► UNE “DONNÉE PERSONNELLE”

Cela désigne toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement.

Exemple : nom, prénom, date de naissance, n° CPAM, numéro de dossier, données de localisation, identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

► UNE “DONNÉE PERSONNELLE DE SANTÉ”

C'est une donnée personnelle qui se rapporte à l'état de santé d'une personne physique concernée et révèle des informations sur l'état de santé physique ou mentale passé, présent ou futur. Les données personnelles de santé font partie d'une catégorie particulière de données, les données sensibles. Ce sont toutes informations relatives à l'identification du patient dans le système de soin ou le dispositif utilisé pour collecter et traiter des données de santé, toutes informations obtenues lors d'un examen médical y compris des échantillons biologiques et toutes informations médicales (une maladie, un handicap, une donnée clinique ou thérapeutique, physiologique ou biologique).

► LE TRAITEMENT DE DONNÉES PERSONNELLES

Il est défini par toute opération ou tout ensemble d'opérations **effectuées ou non à l'aide de procédés automatisés** et appliquées à des données ou des ensembles de données à

caractère personnel, telles que la collecte, l'enregistrement, l'organisation, la structuration, la conservation, l'adaptation ou la modification, l'extraction, la consultation, l'utilisation, la communication par transmission, la diffusion ou toute autre forme de mise à disposition, le rapprochement ou l'interconnexion, la limitation, l'effacement ou la destruction ;

► LE PROFILAGE

C'est **toute forme de traitement automatisé** de données à caractère personnel **consistant à utiliser ces données à caractère personnel pour évaluer certains aspects personnels** relatifs à une personne physique, notamment **pour analyser ou prédire des éléments** concernant le rendement au travail, la situation économique, la santé, les préférences personnelles, les intérêts, la fiabilité, le comportement, la localisation ou les déplacements de cette personne physique.

► LE RESPONSABLE DU TRAITEMENT

C'est **la personne** physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui, **seul ou conjointement avec d'autres, détermine les finalités et les moyens du traitement**.

Le responsable de traitement reste responsable de tout manquement commis par ses sous-traitants.

► LE SOUS-TRAITANT

C'est la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui traite des données à caractère personnel pour le compte du responsable du traitement. *Par exemple :* un fournisseur de logiciel est sous-traitant.

Le sous-traitant est responsable de la fiabilité de son outil. Il agit sous l'autorité du responsable du traitement et sur ses instructions.

Mais le sous-traitant doit présenter des garanties suffisantes en matière de sécurité et de confidentialité.

► LE DESTINATAIRE

Il correspond à la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou tout autre organisme qui reçoit communication de données à caractère personnel, qu'il s'agisse ou non d'un tiers.

► UN TIERS

C'est une personne physique ou morale, une autorité publique, un service ou un organisme autre que la personne concernée, le responsable du traitement, le sous-traitant et les personnes qui, *placées sous l'autorité directe du responsable du traitement ou du sous-traitant, sont autorisées à traiter les données à caractère personnel*. Cela peut être un secrétaire par exemple mais aussi un étudiant effectuant une recherche à partir des données personnelles des patientes.

► UN FICHIER

C'est tout ensemble structuré de données à caractère personnel accessibles selon des critères déterminés, que cet ensemble soit centralisé, décentralisé ou réparti de manière fonctionnelle ou géographique.

► LE CONSENTEMENT

Le consentement de la personne concernée par la protection des données personnelles est défini comme toute manifestation de volonté, libre, spécifique, éclairée et univoque par laquelle la personne concernée accepte, par une déclaration ou par un acte positif clair, que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement. Le responsable du traitement doit être en mesure de démontrer que la personne concernée a donné son consentement. Si le consentement de la personne concernée est donné dans le cadre d'une déclaration écrite qui concerne également d'autres questions, la demande de consentement est présentée sous une forme qui la distingue clairement de ces autres questions, sous une forme compréhensible et aisément accessible, et formulée en des termes clairs et simples

Toute personne a le droit de retirer son consentement à tout moment.

► UNE VIOLATION

Une violation de données à caractère personnel est une violation de la sécurité entraînant, de manière accidentelle ou illicite, *la destruction, la perte, l'altération, la divulgation non autorisée* de données à caractère personnel transmises, conservées ou traitées d'une autre manière, *ou l'accès non autorisé à de telles données*.

RÈGLES DE RECUIEL ET DE TRAITEMENT

Des règles ont été édictées afin de recueillir ces données personnelles dans le respect des droits de la personne. En effet les données personnelles sont considérées comme un droit humain et n'appartiennent à personne d'autre que la personne concernée. Elles sont donc protégées pour éviter une utilisation à des fins différentes que celles pour lesquelles elles ont été collectées.

INFORMATIONS À FOURNIR

Des informations sont à porter à la connaissance des personnes concernées. Une affiche sera, par exemple, posée en salle d'attente d'un cabinet de sage-femme libérale, une note informative devra apparaître avant toute collecte par internet...

- l'identité et les coordonnées du responsable du traitement ;
- les finalités du traitement auquel sont destinées les données à caractère personnel ;
- les destinataires ou les catégories de destinataires des données à caractère personnel, s'ils existent ;
- la durée de conservation des données à caractère personnel ;
- l'existence du droit de demander au responsable du traitement l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation du traitement relatif à la personne concernée, ou du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité des données ;
- l'existence du droit de retirer son consentement à tout moment.

LES DONNÉES PERSONNELLES

Elles doivent être :

- traitées de manières licites, loyales et transparentes au regard de la personne concernée. Par exemple, dans le cadre de l'exercice de notre profession, gestion des rendez-vous, des dossiers... ;
- collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes et ne pas être traitées ultérieurement d'une manière incompatible avec ces finalités ;
- adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées ;

- exactes et, si nécessaire, tenues à jour ;
- conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées. Par exemple : 20 ans après la dernière consultation pour les dossiers médicaux ;
- traitées de façon à garantir une sécurité appropriée des données à caractère personnel, y compris la protection contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte, la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle.

EXEMPLE DE L'INFORMATION À DONNER AUX PATIENTES SUR UNE AFFICHE EN RESPECTANT LES 5 RÈGLES D'OR

• EN TÊTE D'AFFICHE

« Dans le cadre de mon activité professionnelle et des soins que je prodigue, je collecte et traite des données personnelles vous concernant, nécessaires à votre suivi et votre prise en charge sanitaire, dans le respect des règles de protection des données personnelles et du code de déontologie des sages-femmes. »

• POUR LA FINALITÉ DÉTERMINÉE ET LÉGITIME

Pourquoi ces données sont-elles collectées.

• POUR LES DONNÉES ADÉQUATES PERTINENTES, NON EXCESSIVES

Quelles données sont collectées. À qui sont-elles destinées : « *elles peuvent être transmises à d'autres professionnels de santé, par exemple votre généraliste, ainsi qu'aux établissements de santé dès lors qu'ils interviennent dans votre prise en charge.* »

• POUR LA DURÉE DE CONSERVATION LIMITÉE

Donner la durée et expliquer quand elle est subordonnée à d'autres textes réglementaires.

• LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ

« Vos données sont hébergées sur les serveurs [...] du code de santé publique et attestent d'un haut niveau de sécurité et dispose d'un agrément en application de l'article L... »

• LE RESPECT DES DROITS

DROIT A L'OUBLI

La personne concernée a le droit d'obtenir du responsable du traitement l'effacement, dans les meilleurs délais, de données à caractère personnel la concernant et le responsable du traitement a l'obligation d'effacer ces données à caractère personnel dans les meilleurs délais, lorsque l'un des motifs suivants s'applique :

- les données à caractère personnel ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ;
- la personne concernée retire le consentement sur lequel est fondé le traitement ;
- la personne concernée s'oppose au traitement ;
- les données à caractère personnel ont fait l'objet d'un traitement illicite ;

Sauf si le traitement est nécessaire :

- à l'exercice du droit à la liberté d'expression et d'information ;
- pour des motifs d'intérêt public dans le domaine de la santé publique ;
- à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques dans la mesure où le droit visé au paragraphe 1 est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs dudit traitement.

FORMALITÉS

L'entrée en vigueur du RGPD *supprime les formalités à accomplir auprès de la CNIL* pour le traitement des données personnelles qui ne constituent pas un risque pour la vie privée des personnes. *Par exemple* : gestion du cabinet.

➤ **MAIS** le responsable du traitement *doit pouvoir démontrer à tout moment le respect des règles* relatives à la protection des données et doit donc tenir un **registre**.

• LE REGISTRE

Il peut être tenu sur fichier informatisé ou sur simple cahier et doit contenir :

- les coordonnées du responsable du traitement ex : sage-femme libérale ;
- les activités impliquant le traitement de données personnelles. Par exemple : le suivi des patientes ; la gestion du personnel ; des fournisseurs, autres...
- **Des sanctions** sont prévues pouvant aller jusqu'à 10 à 20 millions d'euros, selon la catégorie de l'infraction et après instruction de la CNIL.

LE DÉLÉGUÉ A LA PROTECTION DES DONNÉES

Le délégué à la protection des données est la personne chargée de mettre en œuvre la conformité au règlement européen sur la protection des données au sein de l'organisme qui l'a désigné. Il concerne aussi bien les responsables du traitement que les sous-traitants. Il est indépendant et il ne peut être l'objet de sanctions. Il n'encourt pas de responsabilité dans ses missions.

Il a comme mission :

- d'informer et conseiller le responsable de traitement ;
- de contrôler le respect des obligations au titre du RGPD ;
- de participer à la formation des différents acteurs ;
- de donner son avis sur le besoin ou non de réaliser des études d'impact, leur méthode ;
- de coopérer avec l'autorité de contrôle.

UN DÉLÉGUÉ À LA PROTECTION DES DONNÉES

DOIT ÊTRE NOMMÉ :

- Pour toute autorité publique ou tout organisme public.
➤ *Cela concerne notamment les collectivités territoriales, l'État, ou les établissements publics.*
- Si les activités de l'organisme en question consistent en des traitements dont la nature, la portée et/ou les finalités, nécessitent un suivi des personnes concernées à grande échelle et systématisé.
➤ *Par exemple : hôpital, banque...*
- Si les activités de base de l'organisme consistent en des traitements à grande échelle de données sensibles.
➤ *Par exemple : les hôpitaux, les sites ou applications de dossiers partagés où les données de santé sont partagées*
- Pour le conseil national de l'Ordre des sages-femmes, il s'agit de Jeanne Bossi Malafosse, avocate associée au cabinet Delsols avocats.
➤ *E-Mail : jbossimalafosse@delsolavocats.com*

Elle peut aussi répondre à toutes questions des sages-femmes libérales. •

Les Françaises, les Européennes et l'infidélité

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DE L'INFIDÉLITÉ



ÉTUDE IFOP POUR GLEEDEN.COM¹

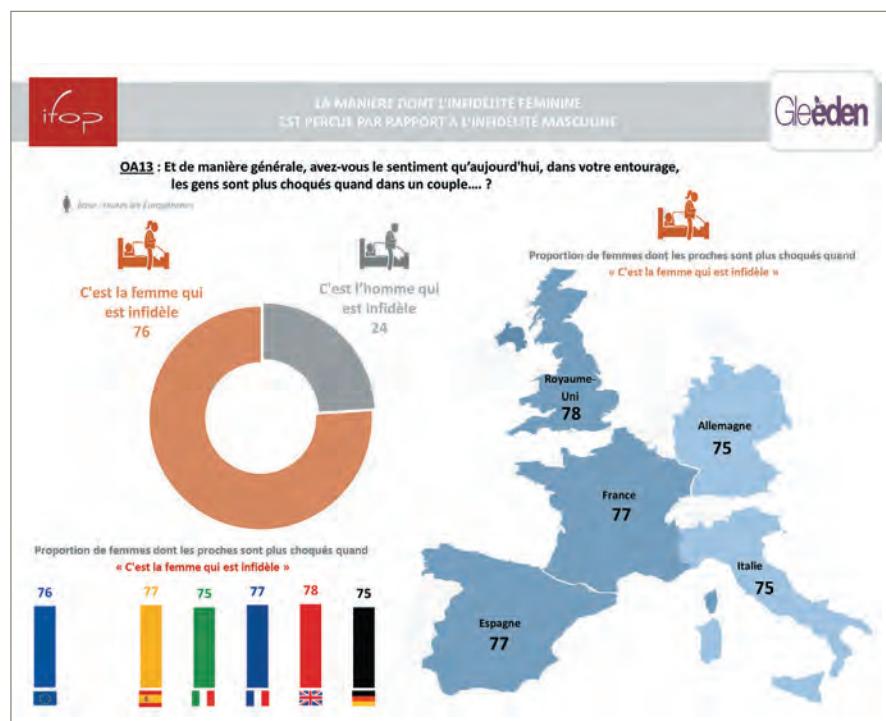
« Péché » condamné par la plupart des religions, encore possible de lapidation dans plusieurs pays, l'infidélité féminine a toujours suscité un sentiment d'opprobre social plus fort que l'infidélité masculine au point qu'elle a été pendant longtemps sanctionnée plus sévèrement que l'adultère masculin (Code civil). À l'heure où #MeToo fait évoluer les représentations du couple et de la sexualité, l'Ifop a mené pour Gleeden une grande enquête pour faire le point sur une pratique qui constitue incontestablement une transgression des préceptes moraux pesant traditionnellement sur la sexualité féminine.

À l'occasion de son dixième anniversaire, Gleeden.com a en effet souhaité en savoir plus sur la manière dont l'infidélité est aujourd'hui perçue, pratiquée et vécue en France et dans les principaux pays européens chez celles qui constituent le cœur de cible du premier site de rencontres extraconjugales pensé par des femmes. Réalisée auprès d'un échantillon national représentatif de 5 000 Européennes (dont 1 000 Françaises), cette enquête fournit ainsi des données fiables permettant de dresser à la fois la carte de l'infidélité féminine en Europe mais aussi le profil type de la femme infidèle et, par extension, celui des hommes ayant le plus de chances d'être trompés...

① Malgré le mouvement #Meeto et la prise de conscience de plus en plus grande des inégalités hommes/femmes en matière de sexualité, l'infidélité féminine fait toujours l'objet d'un sentiment d'opprobre social plus fort que l'infidélité masculine

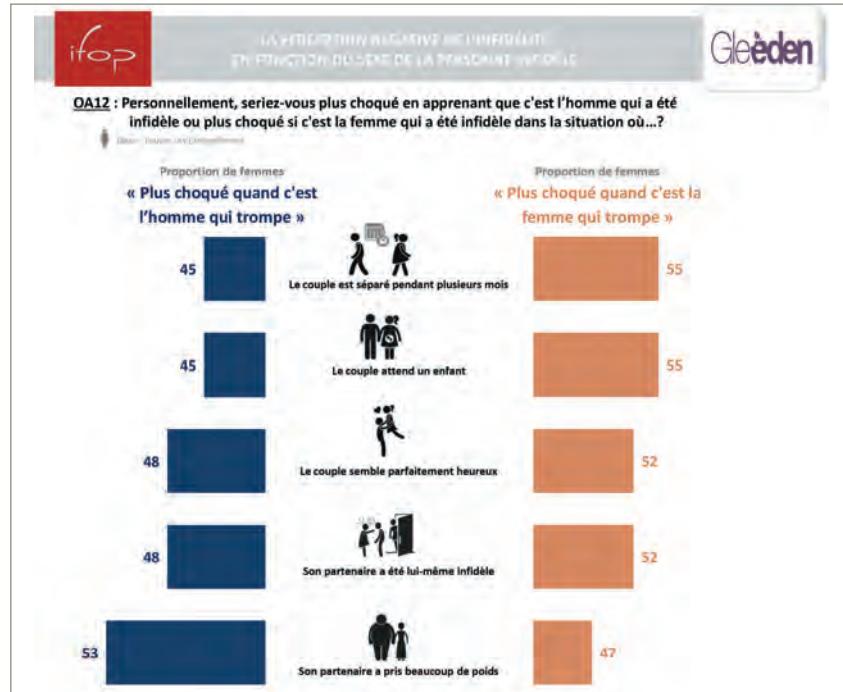
➤ En France comme dans les autres pays européens, environ les trois quarts des femmes déclarent que leurs proches sont généralement plus choqués quand c'est la femme qui est infidèle (à 76 % à l'échelle européenne, à 77 % en France) que quand c'est l'homme qui trompe sa partenaire (24 % à l'échelle européenne, 23 % en France).

○ En dépit du déclin du discours moral répressif sur l'adultére et de la liberté sexuelle croissante des femmes, la population féminine semble donc avoir toujours intériorisé la norme selon laquelle les femmes risquent toujours plus de stigmatisation sociale que les hommes lorsqu'elles ont des relations en dehors du cadre conjugal. Il faut sans doute y voir les effets d'un conditionnement de genre qui tend à rendre illégitime la sexualité féminine lorsqu'elle ne s'inscrit pas dans un cadre conjugal ou affectif stable.



1. Étude Ifop pour Gleeden.com réalisée par questionnaire auto-administré en ligne du 11 au 15 avril 2019 auprès d'un échantillon de 5 026 femmes, représentatif de la population féminine âgée de 18 ans et plus résidant en Italie, en Espagne, en France, en Allemagne et au Royaume-Uni.

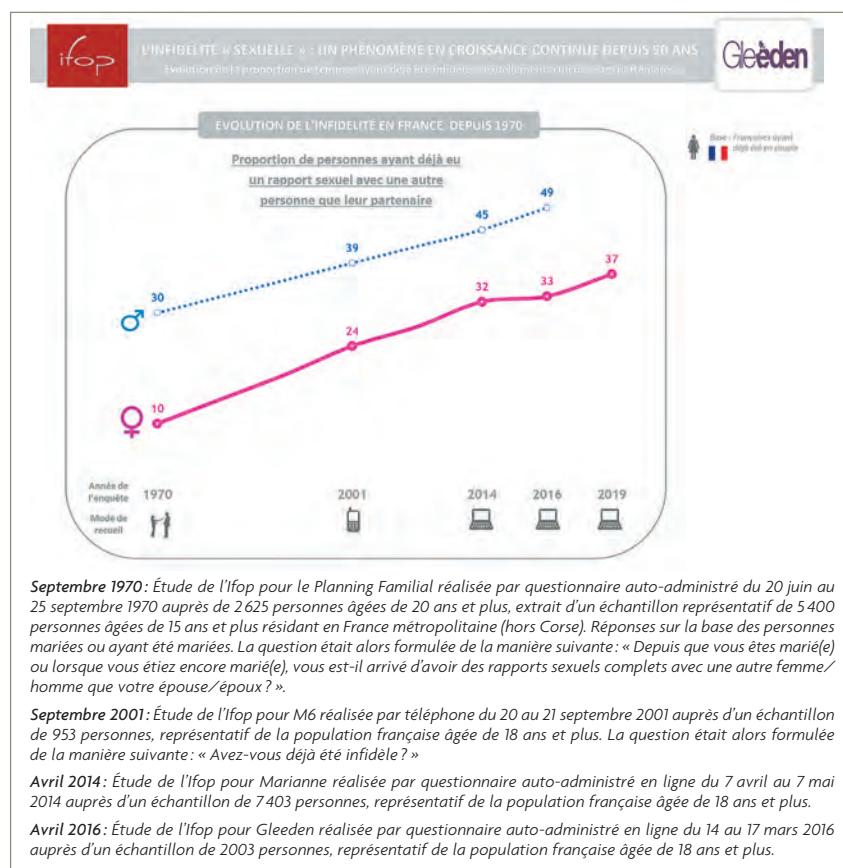
► Ce jugement plus sévère de l'adultére féminin transparaît également lorsqu'on demande aux Européennes si elles sont plus choquées en apprenant que c'est l'homme ou que c'est la femme qui a trompé l'autre dans différentes situations. Ainsi, dans leur ensemble, les répondantes à l'enquête admettent par exemple être sensiblement plus choquées par une infidélité féminine lorsque le couple attend un enfant (55 %) ou lorsqu'il est séparé pendant plusieurs mois (55 %) même si, sur ce point, Françaises et Allemandes se distinguent par un jugement systématiquement plus sévère à l'égard des comportements extraconjugaux masculins, notamment par rapport à leurs consœurs méditerranéennes.



② L'infidélité féminine : un comportement en hausse continue mais qui reste toujours en deçà de l'infidélité masculine

Au regard des risques d'opprobre social qui pèsent plus fortement sur les « écarts de conduite » féminins que masculins, cet observatoire montre toujours une forte asymétrie entre les deux sexes en matière d'extra-conjugalité en dépit d'une progression du nombre de femmes admettant avoir déjà transgressé le principe d'exclusivité sexuelle dans une relation de couple.

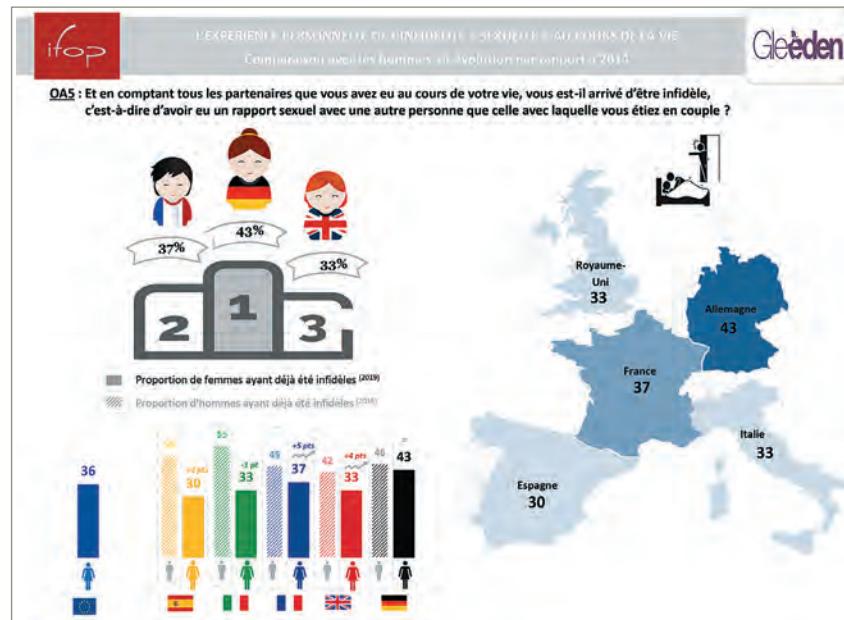
- En 2019, elles sont en effet plus d'une sur trois (37 %) à admettre avoir déjà fait l'amour avec une autre personne que celle avec laquelle elles étaient en couple, soit une proportion qui a progressé de manière continue au cours des 50 dernières années, passant de 10 % en 1970, à 24 % en 2001 puis à 32 % dans la précédente enquête menée par Gleeden en 2014.
- Malgré cet essor significatif de l'infidélité féminine – en particulier en France où elle a progressé de 5 points en cinq ans et de 13 points en 20 ans –, l'expérience de l'infidélité sexuelle chez les femmes n'en reste pas moins nettement inférieure à ce que l'Ifop a pu observer chez les hommes lors de précédentes enquêtes: 20 points d'écart avec les hommes en Espagne (30 %, contre 50 % chez les hommes), 22 points en Italie (33 %, contre 55 % chez les



hommes), 8 points en France (45 %, contre 37 % chez les hommes), 9 points au Royaume-Uni (42 %, contre 33 % chez les hommes) et 3 points en Allemagne (43 %, contre 46 % chez les hommes).

La persistance de ce clivage entre les deux sexes est avant tout le produit d'une socialisation sexuelle très genrée au travers de laquelle la plus grande « romantisation » de la sexualité féminine empêche les

femmes de dissocier aussi facilement que les hommes sexualité, affectivité et conjugalité. Le fait que l'écart avec les hommes soit plus grand dans les pays méditerranéens est sans doute le signe que ce clivage est aussi la conséquence d'un plus grand contrôle social sur les comportements sexuels des femmes. Enfin, il faut aussi intégrer le fait qu'au fil des années, on observe souvent un plus fort désinvestissement des femmes dans la sexualité – liée notamment à la parentalité et à l'inégale répartition des tâches domestiques – qui peut accroître les différences entre désir féminin et masculin.



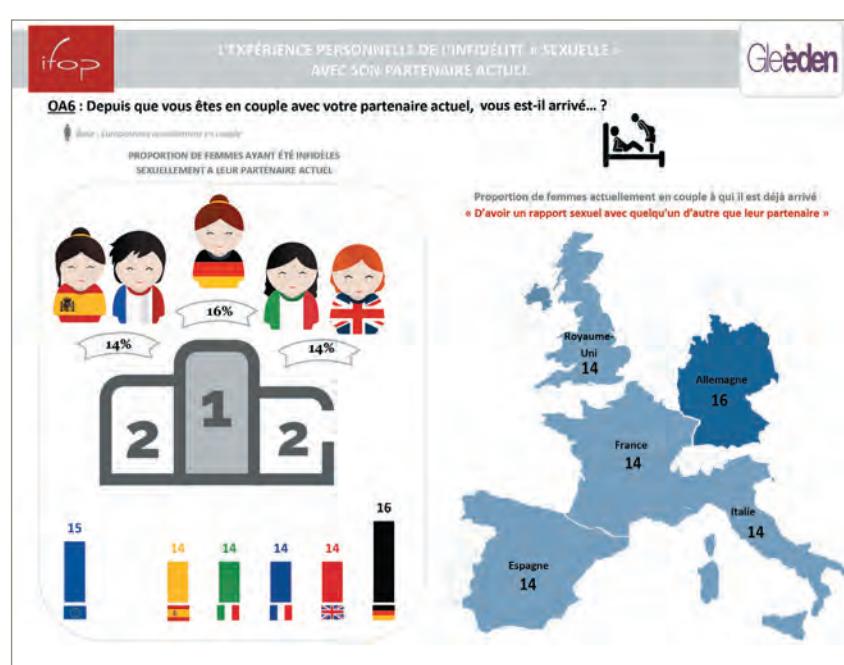
③ Des écarts de conduite qui ne se limitent pas qu'à des expériences lointaines ou de jeunesse

Pour rebondir sur ce point, il est intéressant de noter à quel point l'inégale prise en charge des tâches ménagères et plus largement les divers signes de défaillances de la vie de couple semblent inciter à aller voir ailleurs, notamment lorsqu'on observe uniquement les comportements des femmes actuellement en relation de couple.

- Au total, la proportion de femmes en couple ayant déjà couché avec quelqu'un d'autre que leur partenaire actuel apparaît aussi forte en France (14 %) que chez ses voisins (15 %) tout en progressant de manière significative par rapport à 2014 (+4 points).

Mais le plus intéressant à relever est la nature des facteurs contribuant le plus à l'infidélité :

- **Le capital physique et esthétique de la femme** apparaît comme la variable la plus importante au regard de la proportion beaucoup plus élevée de femmes infidèles dans les rangs des femmes ayant un indice de masse corporelle inférieur à la normale (24 %), se trouvant « très jolie » (27 %) ou s'estimant plus belle que leur conjoint (22 %);
- **L'insatisfaction sentimentale et sexuelle** constitue l'autre facteur déterminant si l'on en juge par la proportion élevée de femmes infidèles parmi les femmes insatisfaites de leur vie sentimentale (21 %) – notamment chez celles ayant pas ou peu d'affection pour leur conjoint (24 %) – et de leur vie sexuelle (22 %), sachant qu'elle est deux fois moins forte chez les femmes jugeant leur partenaire très attentif à leur plaisir (13 %) que chez celles qui trouvent qu'il n'est pas attentif (20 %);
- **Le capital social et culturel** influe aussi avec des taux plus élevés parmi les femmes les plus diplômées (16 %) ou les plus élevées dans la hiérarchie sociale : 19 % parmi les classes supérieures, soit deux fois plus que dans les classes populaires (10 %);
- **Le lieu de résidence** apparaît également comme un facteur favorisant cette plus forte prévalence chez les CSP + tient non seulement au fait que la respectabilité sociale les rend moins sensibles aux effets de réputation mais aussi aux opportunités de rencontre que leur offre leur milieu social ou professionnel : ce dernier impliquant une forte mobilité ou des rencontres fréquentes qui favorisent généralement un renouvellement des partenaires plus élevé que lorsque le milieu professionnel présente peu de possibilités de rencontres (ex: ouvrières à la chaîne).



Cette plus forte prévalence chez les CSP + tient non seulement au fait que la respectabilité sociale les rend moins sensibles aux effets de réputation mais aussi aux opportunités de rencontre que leur offre leur milieu social ou professionnel : ce dernier impliquant une forte mobilité ou des rencontres fréquentes qui favorisent généralement un renouvellement des partenaires plus élevé que lorsque le milieu professionnel présente peu de possibilités de rencontres (ex: ouvrières à la chaîne).

➤ **Le lieu de résidence** apparaît également comme un facteur favorisant

la fidélité au regard de la proportion plus élevée de femmes infidèles chez les Françaises vivant dans les centres-villes des grandes agglomérations (20 %) que celles vivant en milieu rural (10 %).

Il est vrai qu'en offrant nombre de possibilités de rencontres tout en garantissant à la fois un certain anonymat et une grande liberté d'action, la grande ville constitue le terreau idéal pour les adeptes de l'infidélité. Mais ce niveau d'extra-conjugualité s'explique aussi par la sociologie de la population des grandes villes, caractérisée par une sur-représentation des personnes qui, cumulant capitaux culturels, ressources économiques et forte sociabilité professionnelle, sont aussi les plus soumises à la tentation de l'extra-conjugualité.

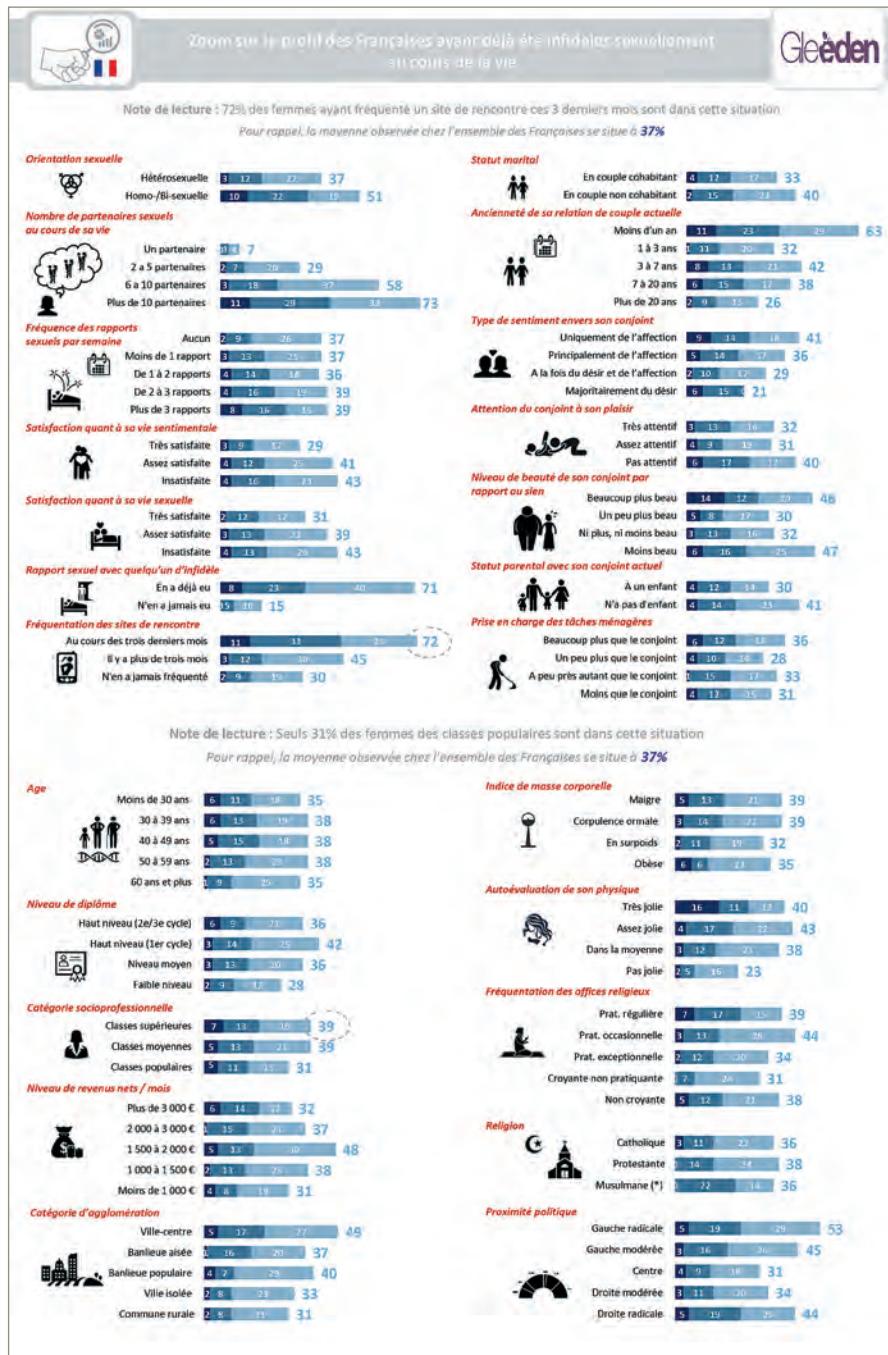
Enfin, à l'heure de la prise de conscience croissante de la **charge mentale au sein des couples**, il est intéressant de noter que les Françaises trompent d'autant plus leur conjoint quand ce dernier ne participe pas aux tâches ménagères : la proportion d'infidèles étant trois fois plus élevée chez les Françaises en faisant beaucoup plus que leurs partenaires (17 %) que chez celles en faisant moins que leur conjoint (10 %).

Pour résumer, ces données permettent de dresser le profil type de la Française infidèle : il s'agit avant tout d'**une femme dotée d'un certain capital esthétique, social et culturel, évoluant plutôt en milieu urbain et pour laquelle les aventures extraconjugales constituent un substitut à une vie de couple défaillante sur le plan sentimental et/ou sexuel**.

4 L'infidélité féminine : un phénomène à multifacettes qui ne se limite pas qu'au sexe

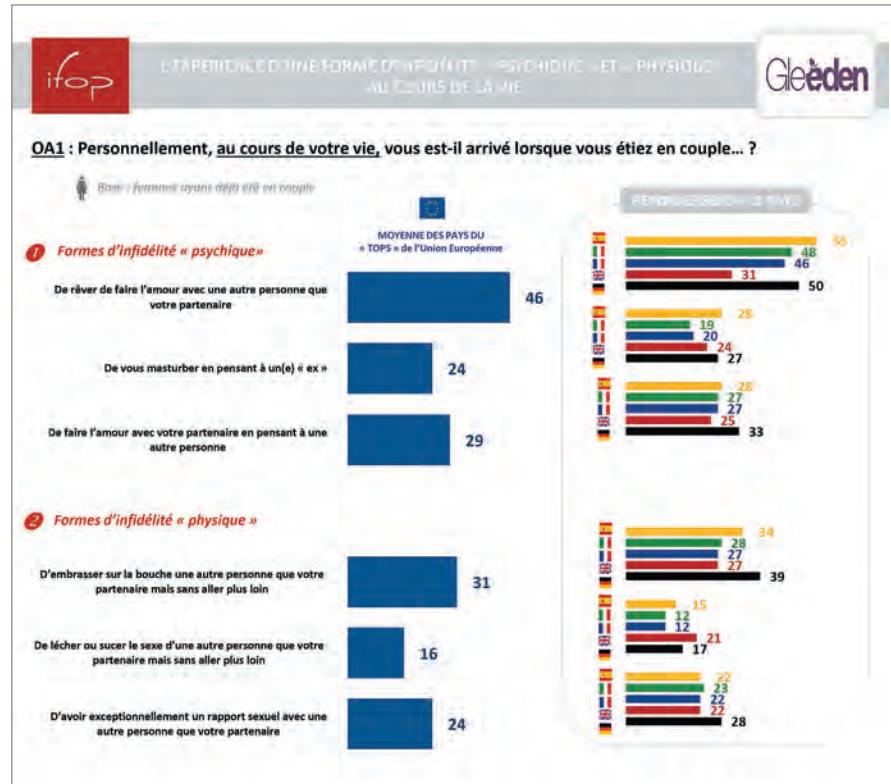
Au regard des risques d'opprobre social qui pèsent plus fortement sur les « écarts de conduite » féminins que masculins, l'**extra-conjugualité féminine reste non seulement un phénomène moins répandu que chez les hommes mais aussi un comportement très protéiforme où l'infidélité est loin de se réduire à des contacts physiques ou sexuels**.

En effet, en France comme ailleurs, l'infidélité féminine reste avant tout d'ordre fantasmagique : **une femme sur deux admet avoir déjà fait**



France) ou lécher ou sucer le sexe de quelqu'un sans aller plus loin. Cette dernière expérience est globalement rare sauf en Grande-Bretagne (21 %) où il est vrai que les pratiques buccogénitales sont généralement plus répandues que dans les pays latins.

- Ainsi, si la transgression du principe d'exclusivité sexuelle entre partenaires reste une pratique minoritaire dans la population féminine européenne, ce n'est pas forcément le cas d'autres formes d'infidélité parmi lesquelles certaines prennent un aspect purement virtuel via les réseaux sociaux ou les nouveaux moyens de communication, en particulier chez les jeunes : 51 % des jeunes de moins de 25 ans se sont ainsi déjà livrés à une forme d'infidélité « virtuelle » telles que le fait de suivre régulièrement le compte d'un ex sur les réseaux sociaux (45 %), échanger des messages ambigus (37 %) ou encore s'exciter mutuellement avec une autre personne (25 %) via ce type d'outil.



5 Attraction physique et sexuelle... En matière d'infidélité, les femmes sont des hommes comme les autres

- Pour quelles raisons les femmes ont trompé leur partenaire ? Les réponses à cette question mettent en avant un motif – l'attraction physique ou sexuelle pour un potentiel amant – qui met clairement en lumière la part purement individuelle et compulsive de leur sexualité : une Française sur deux (52 %) explique sa dernière incartade par son attraction physique ou sexuelle pour la personne avec laquelle elle a couché, signe que l'infidélité féminine ne constitue pas uniquement une réponse à des problèmes au sein de couple.

Les sentiments pour cette personne font d'ailleurs jeu égal (41 %) avec un motif plus endogène que peut être le manque d'attentions de son conjoint (43 %). La proportion de femmes expliquant leur aventure extraconjugale comme une réponse à une infidélité masculine est quant à elle marginale (15 en Europe, 18 % en France).

- En d'autres termes, la plupart des femmes qui ont déjà trompé leur partenaire mettent en avant un facteur exogène à leur couple et pas

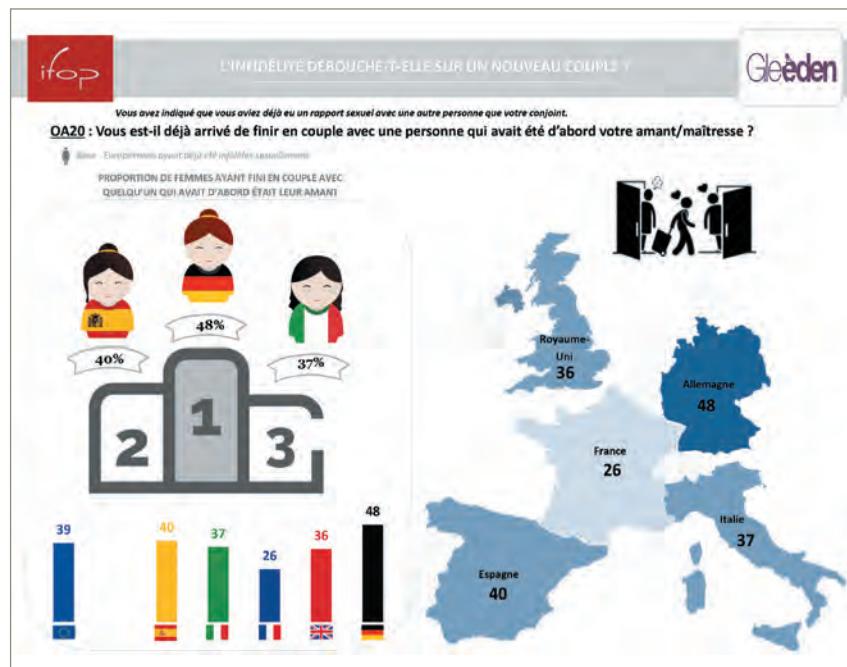


seulement leurs difficultés conjugales. En cela, cette enquête bat quelque peu en brèche les idées reçues selon lesquelles les hommes tromperaient avant tout pour assouvir leurs pulsions sexuelles et les femmes par un manque d'attention du conjoint : les Européennes assument également trouver un amant pour assouvir leurs pulsions sexuelles...

6 L'infidélité féminine: un comportement décomplexé qui peut parfois être à la source d'un nouveau couple

Les résultats montrent que la **transgression du principe de fidélité ne suscite qu'un sentiment de culpabilité limité**: seul un tiers des Européennes regrettent d'avoir trompé leurs conjoints présents ou passés (36 %), sachant que sur ce point, les Britanniques se distinguent du reste de l'Europe avec une proportion de personnes regrettant leurs actes (48 %) beaucoup plus élevée que ce qu'on peut observer dans des pays latins comme la France (30 %) ou l'Italie (30 %). Ce rapport quelque peu décomplexé à l'infidélité tient sans doute au fait que pour nombre de femmes, leur expérience extraconjugale ne s'est pas limitée à une simple aventure sexuelle. Près de quatre Européennes sur dix (39 %) – et une Française sur quatre (26 %) – expliquent ainsi que leur amant s'est déjà transformé en un partenaire officiel.

En cela, l'infidélité ne peut pas être perçue que comme une expérience uniquement motivée par la recherche du plaisir: elle peut aussi constituer



une période transitoire visant au renouvellement du partenaire ayant vocation à avoir sa place dans un cadre relationnel stable. Plus largement, le fait qu'une part non négligeable d'expériences extraconjugales

débouche sur un nouveau couple montre paradoxalement la force du couple et des attentes à l'égard du cadre conjugal: les femmes, au lieu d'en faire leur deuil, préférant tenter une nouvelle expérience. •

LE POINT DE VUE DE FRANÇOIS KRAUS DE L'IFOP

Au regard de l'opprobre social qui pèse plus fortement sur les « écarts de conduite » féminins que masculins, force est de constater que le cliché du mâle plus volage que sa femme reste bien réel, en particulier dans des pays latins comme l'Espagne ou l'Italie: la France se situant sur ce point dans une position intermédiaire. Car en dépit d'une progression du nombre d'Européennes et notamment de Françaises ayant déjà « trompé » leur conjoint, le rapport à l'adultère reste très genre: l'aventure extraconjugale constituant toujours une alternative au couple monogame beaucoup moins « aisée » pour elles que pour les hommes.

En cela, à nos yeux, l'infidélité féminine constitue en Europe un symbole parmi d'autres de la conquête de l'indépendance sexuelle des femmes en montrant notamment qu'elle peut être tout comme pour les hommes un moyen d'assouvir la part purement individuelle et compulsive de leur sexualité. En révélant notamment qu'une infidélité motivée uniquement par la recherche du plaisir n'est pas l'apanage des hommes, cette enquête a en effet le mérite de mettre en lumière l'adoption par les femmes d'une approche de plus en plus hédoniste de la sexualité, en rupture avec les normes culturelles tendant à restreindre leur activité sexuelle au seul cadre légitime du couple.

● François KRAUS, directeur du pôle « Genre, sexualités et santé sexuelle » à l'Ifop

VanillaMilk, le site qui crée des liens pour promouvoir l'allaitement maternel

PAR **MICHELLE PASCALE HASSSLER**, Sage-Femme Enseignante, Aix-Marseille Université, UFR des Sciences Médicales et Paramédicales, École de Maïeutique, Marseille, France

STÉPHANIE HABENSTEIN, Fondatrice Vanillamilk

LAURIE POQUÉRUSSE-RAVEL, Infirmière Puéricultrice, Service de Néonatalogie du Professeur Picaud - Hôpital de La Croix-Rousse, Lyon



Un nouveau site vient de voir le jour: VanillaMilk.fr Son objectif est simple: réunir sur une même carte de France tous les acteurs de l'allaitement maternel (professionnels, associations, lactariums...), afin de les rendre visibles localement auprès des futures mamans et mamans allaitantes en recherche d'informations et de conseils. Un projet ambitieux mené par deux jeunes femmes pleines d'idées et d'énergie et aux profils très complémentaires.

LA FRANCE EST L'UN DES PAYS DANS LEQUEL ON ALLAITE LE MOINS (AU MONDE)¹

Cela est dû à la courte durée du congé maternité, au manque de formation des professionnels dans les maternités, au manque de préparation des futures mamans mais aussi — et surtout — au sentiment d'isolement ressenti par 67 %² des mamans allaitantes à leur retour de la maternité qui peut souvent les faire abandonner.

Pourtant, il existe une large communauté autour de l'allaitement maternel, souvent juste à côté de chez elles: des professionnels, des associations, des lieux d'accueil et d'écoute, des commerces bienveillants... Malheureusement, à l'heure d'Internet, trop peu sont visibles sur la toile.

Les jeunes mamans allaitantes en manque d'informations se réfugient alors souvent sur les réseaux sociaux pour se confier et trouver des réponses par elles-mêmes.

« NOUS NE SOUHAITONS EN AUCUN CAS REMPLACER CE QUI EXISTE DÉJÀ ! »

VanillaMilk souhaite faire, sur Internet, le lien entre les mamans et tous les acteurs de l'allaitement maternel en France. « Nous ne souhaitons en aucun cas remplacer qui que ce soit ni refaire ce qui est déjà fait mais plutôt être le site qui référence les acteurs de l'allaitement maternel, met en lumière les initiatives menées dans ce domaine, guide les mamans pour trouver des ressources ou des réponses à leurs questions », nous explique Stéphanie Habenstein, la fondatrice du projet. « Nous nous adressons aussi aux futures mamans pour les sensibiliser dès la fin de la grossesse à l'importance de la préparation et de l'accompagnement. »

C'est en Belgique, à la naissance de sa deuxième fille, que cette maman de 37 ans prend conscience du retard français en matière d'allaitement maternel. Fin 2017, de retour à Aix en Provence, elle quitte son emploi et lance VanillaMilk.

« NOUS SOMMES UN BINÔME ATYPIQUE MAIS TRÈS COMPLÉMENTAIRE »

En mars 2018, dans le cadre de ses recherches, elle diffuse largement un questionnaire auquel plus de 1 000 mamans allaitantes répondront en quelques jours. Elle fait alors la connaissance d'une maman infirmière puéricultrice lyonnaise,



1. La France (63 %) est l'un des pays dans lequel les bébés sont le moins mis au sein (ne serait-ce qu'une fois). Rapport de l'UNICEF « *Breastfeeding: A Mother's Gift, for Every Child* » - Mai 2018.

2. 67 % des mamans allaitantes déclarent s'être senties isolées au moins une fois durant leur période d'allaitement. Enquête VanillaMilk réalisée en France auprès de 1 000 mamans allaitantes ou ayant allaité - Mars 2018.

3. Délivrée par l'International Board of Lactation Consultant Examiners, Inc. (www.iblce.org), la certification IBCLC est la seule formation reconnue au niveau international en matière de soutien à l'allaitement maternel.

ALLAITEMENT

Laurie Poquérusse-Ravel. Les deux jeunes femmes décident alors d'associer leurs compétences, leurs idées et leurs réseaux pour les mettre au service de leur projet.

Laurie nous confie : « Nous sommes un binôme atypique mais très complémentaire. Stéphanie apporte son expertise dans le domaine d'internet, du marketing et de la gestion de projet. Quant à moi, je fais bénéficier le projet de mon expertise et réseau en matière de "santé et allaitement". Je travaille en effet depuis 12 ans au sein du service néonatalogie de l'Hôpital de la Croix Rousse à Lyon (service du Pr. J.-C. Picaud) et je prépare actuellement le Diplôme Universitaire (DU) en Allaitement Maternel à Marseille ».

VALORISER LES ACTEURS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL : PROFESSIONNELS ET ASSOCIATIONS

Depuis quelques semaines, les professionnels de l'allaitement maternel et les associations peuvent s'inscrire gratuitement et ainsi figurer sur la carte.

Afin de valoriser la formation des spécialistes, une distinction est clairement faite entre les professionnels formés en allaitement maternel (consultantes en lactation IBCLC³ et titulaires d'un DU) et ceux qui ont une activité en lien avec l'allaitement maternel. Il peut s'agir, par exemple, de pédiatres, sages-femmes, ORL, orthophonistes, ostéopathes...

Chaque professionnel doit en revanche prouver sa légitimité sur le site et accepter de soumettre à l'équipe VanillaMilk une copie de ses diplômes et certifications. « Le but n'est pas de remplir la carte le plus rapidement possible. Nous souhaitons privilégier la qualité plutôt que la quantité. »

« COMMENT COMPTEZ-VOUS VOUS RÉMUNÉRER ? »

C'est la question qui revient le plus souvent selon Stéphanie. « Si j'ai pris la décision de quitter mon emploi, c'est pour créer une entreprise, la faire grandir avec Laurie et vivre de notre activité avec VanillaMilk. Cela prendra du temps, mais il faut aider à faire changer les mentalités et évoluer l'image de l'entreprise, au sens large du terme. »

« Notre priorité aujourd'hui est de construire la carte et nous faire connaître. Très prochainement, nous allons référencer sur la carte des lieux et commerces sensibilisés qui peuvent accueillir les mamans souhaitant allaiter en dehors de chez elles. Nous avons également d'autres idées mais chaque chose en son temps... »

Le démarrage du projet a été financé dans son intégralité par sa fondatrice. Aujourd'hui, plusieurs sources de financement sont à l'étude. L'équipe est par exemple en contact avec des partenaires potentiels souhaitant soutenir et s'associer au projet. « Le choix de ces partenaires sera toujours fait dans le respect de notre éthique, de nos principes et de nos valeurs. »

« VanillaMilk répond à un vrai besoin qu'ont les mamans allaitantes. Nous avons conscience que le projet est ambitieux mais les retours et l'accueil sont aujourd'hui très positifs. Notre souhait le plus cher est de faire de notre site un véritable acteur dans le paysage de l'allaitement maternel français ». •

+ D'INFOS

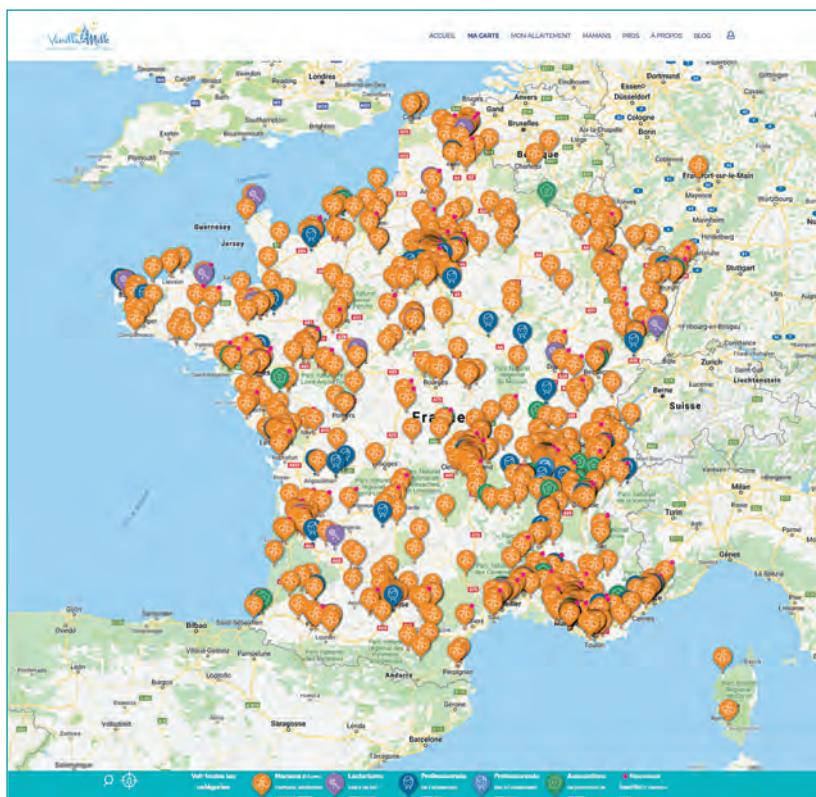
www.vanillamilk.fr

CONTACT : Stéphanie Habenstein
stephanie@vanillamilk.fr

AUSSI POUR LES MAMANS !

Le site encourage les futures mamans, les mamans allaitantes et les mamans ayant allaité à s'inscrire sur le site. Chacune pourra ainsi rapidement identifier des mamans voisines et les contacter si elles souhaitent faire connaissance.

Le but est de leur faire prendre conscience qu'elles ne sont pas seules et qu'il y a certainement dans leur ville d'autres mamans qui aimeraient échanger, écouter ou juste discuter. Selon l'étude VanillaMilk menée en mars dernier, 96 % des mamans ayant allaité aimeraient aider et partager avec une future maman ou une maman allaitante habitant près de chez elles.



ORDRES ET DÉSORDRES DANS LA SEXUALITÉ, LA CONJUGALITÉ, LA PARENTALITÉ

Que peut la prévention ?

MARYSE BONNEFOY, CÉCILE GARRIGUES,
NADIA RACHEDI

De nombreuses modifications sociales et sociétales dans le domaine de la sexualité, de la conjugalité et de la parentalité se sont produites au cours de ces dernières années. Cet ouvrage explore ces changements et leurs conséquences en termes de santé en proposant quelques réponses à la question : que peut la prévention ?

Les missions de PMI et de planification familiale concernent la promotion et la protection de la santé de la mère et de l'enfant. En quelques décennies, le rapport à la sexualité s'est métamorphosé, la conjugalité et le désir d'enfant connaissent des mutations anthropologiques fondamentales, les relations femmes-hommes, la/les familles et la fonction parentale ont connu des transformations majeures. La technologie bouleverse les conditions de la procréation. Ces nouveaux ordres et désordres interrogent les dimensions de permanence et d'évolution des enjeux professionnels et sociaux pour répondre aux exigences de la prévention.



Editions Erès

Parution: 5 septembre 2019
Édition brochée: 18 €
Format: 11,5x20 cm
250 pages
EAN 9782749264493
www.editions-eres.com

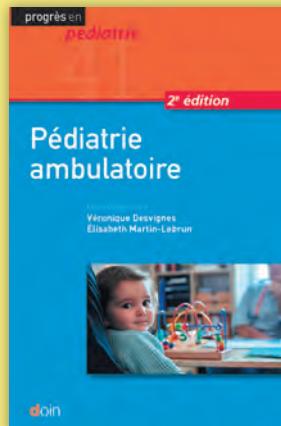
PÉDIATRIE AMBULATOIRE (2^e ÉDITION)

VÉRONIQUE DESVIGNES, ÉLISABETH MARTIN-LEBRUN

Cinq ans après sa première édition, *Pédiatrie ambulatoire* revient, entièrement réactualisé et enrichi d'une dizaine de nouveaux chapitres. L'ouvrage s'attache à présenter toute la richesse, et parfois la complexité des consultations avec les enfants, les adolescents et leurs parents, en regroupant tous les sujets qui en constituent une part essentielle. Parce que les interrogations sont quotidiennes dans les cabinets des pédiatres et des médecins généralistes, parce que le monde bouge...

Pédiatrie ambulatoire répond à ces questionnements toujours plus nombreux :

- Quels conseils donner sur le sommeil, l'alimentation, la propreté, les vaccins, l'utilisation des écrans, les jeux, la présence d'un animal à la maison ou les voyages ?
- Comment maîtriser les examens systématisés aux différents âges clés ?
- Comment aborder la consultation de l'adolescent ?
- Comment repérer un enfant en difficulté dans sa famille ou à l'école ?
- De quelle manière annoncer un diagnostic difficile ?
- Comment faciliter l'intégration scolaire d'un enfant avec un handicap ou présentant des troubles de l'apprentissage ?



Editions DOIN

Parution: 4 juillet 2019
Édition brochée: 69 €
Format: 17 x 24 cm
688 pages
ISBN: 978-2-7040-1596-2
www.jle.com

AGENDA EN BREF

● AUTOMNE-HIVER 2019

BORDEAUX

16^e Journée Événements de l'Année en Gynécologie-Obstétrique
congres.eska.fr

● 6-7 SEPTEMBRE 2019

MARSEILLE

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

● 219-20 SEPTEMBRE 2019

PARIS 15^e

22^{es} Congrès GENESIS
congresgenesis.fr

● 26-27 SEPTEMBRE 2019

PARIS

22^{es} Journées de Sénologie Interactive
congres.eska.fr

● 26-27 SEPTEMBRE 2019

LA ROCHELLE (16)

Les Francophones de Péritnatalité
lesfrancophonesdeperinat.com
cere-congres.com

● 28 SEPTEMBRE 2019

PARIS

18^{es} Journées Événements de l'Année en Médecine Vasculaire + SFA + DU de Phlébologie
congres.eska.fr

● 3 OCTOBRE 2019

PARIS - INSTITUT MONTSOURIS
Journée Scientifique "Mortalité maternelle - Mieux comprendre pour mieux prévenir"

Infos : encmm@inserm.fr

● 9-10-11 OCTOBRE 2019

METZ

36^{es} Journées d'Études de l'Association Nationale des Sages-Femmes Coordonatrices
ansfe.fr

● 7-8 NOVEMBRE 2019

MONACO

Congrès international des Sages-Femmes - CISaF
cerc-congres.com

● 14 NOVEMBRE 2019

PARIS 15^e

Les Dialogues de l'Obstétrique par *Les Dossiers de l'Obstétrique*
congres.eska.fr

● 14 NOVEMBRE 2019

PARIS 15^e

7^e Journée "Les événements de l'année en infectiologie"
congres.eska.fr

● 15-16 NOVEMBRE 2019

PARIS

47^{es} Journées Jean Cohen Gynécologie Obstétrique et Reproduction
congres.eska.fr

● 15-16 NOVEMBRE 2019

PARIS

Cancers au Féminin - 9^e Congrès
congres.eska.fr

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME

INSCRIPTION AU CONSEIL DE L'ORDRE

Pour exercer légalement sa profession en France, toute sage-femme doit être inscrite au tableau du conseil de l'Ordre du département de son lieu d'exercice.

Pour vous inscrire au tableau de l'**Ordre des sages-femmes** et déclarer votre activité libérale, vous devez :

- ① Contacter le **Conseil national de l'Ordre des sages-femmes** pour obtenir les documents et la liste des pièces justificatives nécessaires à votre demande d'inscription et à votre demande d'installation ;
- ② Adresser votre **demande d'inscription et votre déclaration d'installation** au Conseil national, par lettre recommandée avec accusé de réception, en y joignant les pièces justificatives.

Après examen, le Conseil national transmet votre demande d'inscription au Conseil du département de votre lieu d'exercice qui dispose d'un délai de trois mois pour se prononcer.

Après décision favorable, lors de votre inscription au tableau, le Conseil national :

- procède à l'enregistrement de votre diplôme ;
- vous délivre une attestation d'inscription, sur laquelle figure votre n° RPPS, votre numéro national et votre numéro départemental d'inscription à l'Ordre. Votre carte de professionnel de santé (CPS) vous est automatiquement envoyée par l'Agence des systèmes d'informations partagés de santé (ASIP Santé) chargée de la fabrication et de la délivrance des cartes CPS.

Votre n° RPPS est l'identifiant qui vous suivra tout au long de votre exercice professionnel, quel que soit votre mode d'exercice : libérale ou salariée dans une maternité ou une PMI (protection maternelle et infantile).

INSCRIPTION AUPRÈS DE L'ASSURANCE MALADIE

Une fois inscrite à l'**Ordre des sages-femmes**, vous devez déclarer et faire enregistrer votre activité libérale auprès de l'**Assurance Maladie**.

Une fois que vous êtes inscrite au tableau de l'**Ordre**, vous devez déclarer et faire enregistrer votre activité libérale auprès de l'**Assurance Maladie** :

① Contactez par téléphone la **Caisse d'Assurance maladie de votre nouveau lieu d'exercice** pour prendre rendez-vous. Un conseiller de l'**Assurance Maladie** vous indiquera la liste des pièces justificatives nécessaires à présenter lors de cet entretien :

- l'attestation d'installation libérale délivrée par l'**Ordre** ;
- votre carte Vitale ou votre attestation Vitale ;
- un RIB.

② Le jour de l'entretien, le conseiller de l'**Assurance Maladie** vérifie les pièces justificatives, puis il **instruit votre dossier d'installation**.

- Il vous remet la convention nationale des sages-femmes et vous propose d'y adhérer ;
- Il enregistre votre dossier d'installation dans le référentiel de l'**Assurance Maladie** ;
- Il commande des feuilles de soins pré-identifiées à votre nom. À noter que, selon les moyens d'impression disponibles sur place, un premier jeu de feuilles de soins pré-identifiées à votre nom pourra vous être remis immédiatement ;
- Il effectue avec vous les formalités d'inscription à l'**Urssaf**, selon des modalités qui peuvent varier en fonction des accords passés avec la caisse d'**assurance maladie** :
 - soit il remplit et vous fait signer le formulaire d'inscription à l'**Urssaf** (en cas de délégation Urssaf),
 - soit il vous oriente vers le représentant Urssaf présent sur place (en cas d'accueil coordonné),
 - soit il adresse à l'**Urssaf** l'avis de votre installation (dans les autres cas).

Pour en savoir plus, consultez le guide *Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés : la protection sociale du créateur d'entreprise*, disponible sur le site de l'**Urssaf**, rubrique "Indépendants" ;

- Il procède éventuellement – sous réserve que vous ayez signé votre adhésion à la convention nationale des sages-femmes – à votre affiliation au régime d'**assurance maladie** des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

INSCRIPTION À LA CAISSE DE RETRAITE

L'adhésion à la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes

françaises (CARCDSF) est obligatoire pour toute sage-femme inscrite à l'**Ordre** et exerçant en libéral, même à temps partiel, même si elle exerce par ailleurs une activité salariée.

➤ Pour en savoir plus, prenez contact avec la **CARCDSF** :

CARCDSF - 50 avenue Hoche - 75008 Paris
- Tél. : 01 40 55 63 50 - Fax: 01 40 55 63 51.

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Tous les professionnels de santé exerçant à titre libéral doivent avoir une assurance responsabilité civile concernant l'ensemble des actes qu'ils pratiquent (article L. 1142-2 du Code de la santé publique).

Toute sage-femme exerçant en libéral doit donc contracter une assurance de ce type.

À noter: le manquement à cette obligation d'assurance peut entraîner des sanctions pénales et disciplinaires.

ACCÈS AU CONVENTIONNEMENT

Conditions en fonction du lieu d'installation

Depuis l'entrée en vigueur de l'avant-projet n° 1 à la convention nationale, un dispositif de rééquilibrage de l'offre de soins des sages-femmes sur le territoire national a été mis en place. En plus des conditions générales d'installation et d'exercice en libéral sous convention, des conditions spécifiques d'accès au conventionnement s'appliquent, selon le lieu d'installation envisagé.

■ Les conditions spécifiques d'accès au conventionnement dans les zones « sur-dotées »

Si vous envisagez d'exercer en libéral dans une zone classée comme « sur-dotée » par l'Agence Régionale de Santé (ARS) du lieu d'exercice, la Caisse d'**assurance-maladie** de ce lieu d'exercice examinera votre demande d'accès au conventionnement en tenant compte, en plus des conditions générales de conventionnement, des critères suivants :

- La cessation définitive préalable d'activité d'une sage-femme libérale conventionnée dans cette zone ;
- Votre projet professionnel dans cette zone (reprise d'un cabinet, intégration dans un cabinet de groupe, exercice d'activité par-

ticulière...) dans un objectif d'assurer une continuité dans la prise en charge de l'activité assurée par la sage-femme cessant ou réduisant son activité, et d'intégration avec les autres professionnels de la zone considérée.

Ces conditions spécifiques d'accès au conventionnement dans les zones « sur-dotées » entrent dans le cadre des mesures de rééquilibrage de l'offre de soins de sages-femmes sur le territoire, prévues par les avenants 1 et 4 à la convention nationale des sages-femmes libérales, et sont applicables depuis le 15 septembre 2012 (sous réserve de la publication, dans la région administrative concernée, du zonage par l'ARS - SROS - ou de l'arrêté de zonage pris en attente du SROS par le directeur général de l'ARS – article L.1434-4 du Code de la santé publique). Afin de tenir compte de vos spécificités d'exercice et de certaines situations personnelles, l'avenant 4 introduit des cas dérogatoires. Pour obtenir des précisions sur ces dérogations, contactez la Caisse d'assurance maladie du lieu d'exercice.

À NOTER

Ces dispositions ne sont pas applicables :

- si vous exercez déjà en libéral sous convention dans une zone « sur-dotée » et que vous ne changez pas de zone d'exercice : l'ouverture d'un cabinet secondaire en zone « sur-dotée » ne sera pas soumise aux règles exposées ci-dessus;
- si vous envisagez d'exercer en libéral sous convention dans une zone non classée comme étant « sur-dotée » ;
- si vous exercez en tant que sage-femme échographiste (activité quasi exclusive en échographie).

■ L'affichage des tarifs

Vous êtes désormais tenu d'afficher, de manière visible et lisible dans votre salle d'attente ou, à défaut, dans votre lieu d'exercice :

- les tarifs (ou fourchettes de tarifs) des honoraires que vous pratiquez;
- leur tarif de remboursement par l'Assurance Maladie.

Cette **obligation d'affichage** concerne, dès lors que vous les proposez effectivement, les prestations suivantes : la consultation, la visite à domicile, au moins cinq des prestations que vous pratiquez le plus couramment.

- Vous êtes conventionné

• Vous devez afficher le texte suivant :

« Votre professionnel de santé pratique des honoraires conformes aux tarifs de l'Assurance Maladie. Ces tarifs ne peuvent être dépassés, sauf en cas d'exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu des actes pratiqués.

Si votre professionnel de santé vous propose de réaliser certains actes qui ne sont

pas remboursés par l'Assurance Maladie, il doit obligatoirement vous en informer. Dans le cas prévu ci-dessus où votre professionnel de santé peut déterminer librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, il en détermine le montant avec tact et mesure. »

LES TARIFS

■ Les tarifs conventionnels

Le tableau des tarifs conventionnels indique les principaux tarifs conventionnels applicables. Attention, il ne se substitue pas aux dispositions générales et diverses de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et de la classification commune des actes médicaux (CCAM), ni aux annexes tarifaires de la convention nationale¹.

Le tableau n° 1 ci-dessous présente l'ensemble des tarifs des actes applicables selon votre lieu d'exercice.

■ Les tarifs des indemnités kilométriques

Le tableau n° 2 ci-dessous présente l'ensemble des tarifs des indemnités kilométriques applicables selon votre lieu d'exercice.

LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS

En tant que sage-femme, vous pouvez prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste limitative. La prescription doit répondre à certaines règles pour être compréhensible par votre patiente, bien exécutée par le pharmacien et remboursée par l'Assurance Maladie.

■ Les médicaments autorisés à la prescription

Les sages-femmes peuvent « prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé » (art. L.4151-4 du Code de la santé publique).

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

■ Médicaments que vous pouvez prescrire à vos patientes

Liste des classes thérapeutiques ou des médicaments autorisés pour votre usage

TABLEAU N° 1 > TARIFS DES ACTES

(tarifs en euros applicables à compter du 10 février 2019)

Actes	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer
Consultation: C	23,00	25,30
Visite: V	23,00	25,30
MSF: majoration applicable aux C et V	2,00	2,00
CCP: première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 17 ans inclus	46,00	55,20
Séances de suivi postnatal: SP	18,55	18,55
DSP: majoration forfaitaire dans le cadre d'une sortie précoce après l'accouchement	25,00	25,00
Actes en SF	2,80	2,80
Majoration de dimanche et jour férié	21,00	21,00
Majoration de nuit de 20 h à 0 h et de 6 h à 8 h	35,00	35,00
Majoration de nuit de 0 h à 6 h	40,00	40,00
Indemnité forfaitaire de déplacement: IFD	4,00	4,40

TABLEAU N° 2 > TARIFS DES INDEMNITÉS KILOMÉTRIQUES

(tarifs en euros à compter du 15 septembre 2012)

Indemnités kilométriques	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer
Indemnité kilométrique en plaine	0,45	0,59
Indemnité kilométrique en montagne	0,73	0,80
Indemnité kilométrique à pied ou à ski	3,95	4,35

1. Pour plus d'informations : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/550556/document/ngap_version_du_9_mai_2019_assurance_maladie.pdf

professionnel ou votre prescription auprès des femmes:

- anti-acides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux;
- antisécrétaires gastriques :
 - antihistaminiques H2, de préférence la ranitidine ou la famotidine;
 - inhibiteurs de la pompe à protons, de préférence l'oméprazole.
- antiseptiques locaux;
- anesthésiques locaux: médicaments renfermant de la lidocaïne;
- antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de première ligne des cystites et bactériuries asymptomatiques chez la femme enceinte selon les recommandations officielles en vigueur (Prescription non renouvelable pour une infection donnée.);
- antibiotiques par voie orale ou parentérale en prévention d'infections materno-fœtales chez la femme enceinte, selon les recommandations officielles en vigueur;
- anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonacides, antibactériens et anti-herpétiques;
- antispasmodiques;
- antiémétiques;
- antalgiques : paracétamol; tramadol; nefopam ; association de paracétamol et de codéine; association de paracétamol et de tramadol; nalbuphine, ampoules dosées à 20 mg. (dans le cadre d'un protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur ; l'usage est limité au début du travail et à une seule ampoule par patiente);
- anti-inflammatoires non stéroïdiens en post-partum immédiat;
- antiviraux en prévention des récurrences d'herpès génital en fin de grossesse;
- contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration;
- médicaments homéopathiques;
- laxatifs;
- vitamines et sels minéraux par voie orale;
- acide folique aux doses recommandées dans la prévention primaire des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural;
- topiques à activité trophique et protectrice;
- médicaments de proctologie : topiques locaux avec ou sans corticoïdes et anesthésiques;
- solutions de perfusion: solutés de glucose de toute concentration; soluté de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ; soluté de gluconate de calcium à 10 % ; solution de Ringer;
- oxytociques : produits renfermant de l'oxytocine;
- oxygène;
- médicaments assurant le blocage de la lactation;
- mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote exclusivement en milieu hospitalier, et sous réserve d'une formation adaptée;
- vaccins sous forme monovalente ou associés contre les pathologies suivantes :

tétanos, diptérie, poliomyélite, coqueluche (vaccin acellulaire), rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B, grippe, infections liées au papillomavirus humain, infections invasives par le méningocoque C;

- immunoglobulines anti-D;
- produits de substitution nicotinique;
- salbutamol par voie orale et rectale.

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

- anti-inflammatoires non stéroïdiens indiqués dans le traitement des dysménorrhées, notamment l'acide méfénamique;
- nicardipine, selon les protocoles en vigueur préétablis;
- nifédipine, selon les protocoles en vigueur préétablis;

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

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

► Médicaments que vous pouvez prescrire aux nouveau-nés

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

- antiseptiques locaux;
- anesthésiques locaux: crèmes ou patches contenant une association de lidocaïne et de prilocaine;
- antalgiques : paracétamol par voie orale ou rectale;
- antifongiques locaux;
- collyres antiseptiques, antibactériens et anti-viraux sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs;
- oxygène;
- vitamines et sels minéraux par voie orale: la forme injectable est autorisée pour la vitamine K1;
- topiques à activité trophique et protectrice;
- solutions pour perfusion: solutés de glucose (de toute concentration); soluté de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ; soluté de gluconate de calcium à 10 % .
- vaccins : vaccin et immunoglobulines anti-hépatite B; BCG.

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

- adrénaline par voie injectable ou intratracéale dans la réanimation du nouveau-né;
- naloxone.

► Médicament classé comme stupéfiant

Médicament classé comme stupéfiant que vous pouvez prescrire à vos patientes ou vous procurer pour votre usage professionnel: chlorhydrate de morphine, ampoules injectables dosées à 10 mg, dans la limite de deux ampoules par patiente

■ Comment remplir votre prescription ?

Pour chaque classe thérapeutique, la sage-femme doit tenir compte du résumé des caractéristiques du produit prévu à l'article R. 5128-2 du Code de la santé publique, et notamment des indications et contre-indications éventuelles.

Toute prescription doit être rédigée conformément aux dispositions réglementaires.

Vous devez indiquer lisiblement dans votre prescription de médicaments :

- votre identification complète (nom, qualification, numéro d'identification, etc.);
- le nom et le prénom de la patiente, éventuellement son âge, son sexe, son poids et sa taille;
- la date de rédaction de l'ordonnance;
- le nom de la spécialité (principes ou générique) ou la dénomination commune d'un principe actif (DC) assortie ou non d'une marque ou du nom du fabricant;
- le dosage et la forme pharmaceutique;
- la posologie et le mode d'emploi; si il s'agit d'une préparation, précisez la formule détaillée;
- la durée du traitement (exemple: traitement pour 3 mois) ou le nombre d'unités de conditionnement dans le cas d'une prescription en nom de marque (exemple: 2 boîtes de 20 comprimés);
- le nombre de renouvellements de la prescription si nécessaire;
- la mention non remboursable (NR) dans le cas d'une prescription d'un médicament en dehors des indications thérapeutiques remboursables;
- votre signature.

■ Sur quel support rédiger votre prescription ?

Vous devez rédiger votre prescription :

- sur une **ordonnance établie en double exemplaire**; l'original est destiné à votre patiente et le duplicita à sa caisse d'assurance maladie; l'ordonnance peut être manuscrite ou informatisée;
- sur une « **ordonnance bizona** » (formulaire S3321) pour les patientes atteintes d'une affection de longue durée (ALD); la partie haute de l'ordonnance est réservée aux médicaments en rapport avec l'affection de longue durée exonérante, prise en charge à 100 % ; la partie basse doit être utilisée pour les autres médicaments avec une prise en charge aux conditions habituelles;
- sur une « **ordonnance de médicaments ou de produits et prestations d'exception** » (formulaire S3326) pour la prescription de médicaments d'exception, qui atteste du strict respect de la prescription avec les indications prévues par la fiche d'information thérapeutique (FIT); cette ordonnance tient lieu d'ordonnance bizona lorsque la prescription est en rapport

- avec une affection de longue durée exonérante, prise en charge à 100 % ;
- sur une « ordonnance sécurisée » pour la prescription de stupéfiants et produits apparentés, conformément à l'article R 5132-5 du Code de la santé publique.

LA PRESCRIPTION D'EXAMENS

En tant que sage-femme, vous pouvez prescrire les examens strictement nécessaires à l'exercice de votre profession (article L4151-4 du Code de la santé publique).

Pour donner lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie, l'examen doit faire l'objet d'une prescription détaillée et être inscrit à la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).

Si vous effectuez vous-même le prélèvement, facturez-le sur une feuille de soins (S3127d) au moyen de la lettre-clé SFI.

Vous êtes tenu de signaler sur votre prescription le caractère non remboursable (NR) de l'acte que vous prescrivez lorsque :

cet acte est prescrit en dehors des indications ou des conditions de prise en charge ou de remboursement prévus par la NABM ; il est non remboursable.

LA PRESCRIPTION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Votre droit à la prescription de dispositifs médicaux dans l'exercice de vos compétences, étendu aux dispositifs intra-utérins¹, s'ajoute en matière de contraception à votre droit de prescription de diaphragmes et de capes, de contraceptifs locaux et d'une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse (article L.5134-1 du Code de la santé publique).

Les dispositifs médicaux que vous êtes autorisées à prescrire

À l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, vous pouvez prescrire à vos patientes les dispositifs médicaux suivants :

- ceinture de grossesse de série ;
- orthèse élastique de contention des membres inférieurs ;
- sonde ou électrode cutanée périnéale ;
- électrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale ;
- pèse-bébé² ;
- tire-lait ;
- diaphragme ;
- cape cervicale ;
- compresses, coton, bandes de crêpe, filet tubulaire de maintien, suture adhésive et sparadrapp ;
- dispositifs intra-utérins.

2. Arrêté du 12 octobre 2011 publié au Journal officiel du 20 octobre 2011 (PDF, 48.56 Ko).

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

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 20 JUIN 2019

URGENCES HOSPITALIÈRES

Le Conseil d'administration de la FHF demande la prise en compte de tous les paramètres de l'équation

Alors que la crise des services d'urgences ne montre pas de réel signe d'apaisement malgré les annonces de la Ministre des Solidarités et de la Santé, les membres du Conseil d'Administration de la FHF (Fédération Hospitalière de France), rassemblant médecins, élus, directeurs, usagers, réunis le mercredi 19 juin, ont fait le constat à nouveau des carences du système de santé et ont formulé des demandes fortes.

NE PAS CIRCONSCRIRE LE SUJET AUX SERVICES D'URGENCES

La crise aux urgences est le révélateur des dysfonctionnements du système de santé ; leur saturation en est le miroir grossissant.

Les patients s'y rendent faute d'autres solutions, parce que toutes les alternatives font défaut.

N'en déplaise à certains, les Urgences des Hôpitaux publics sont bien les seules à accueillir tous les patients, quels que soient leur âge, leur pathologie et leur couverture sociale.

Les brancards dans les couloirs, ce n'est pas un défaut d'organisation dont seraient responsables médecins et directions hospitalières, qui ont peu de leviers pour réguler l'afflux de patients.

Les brancards dans les couloirs, c'est la conséquence à la fois de l'absence de permanence des soins ambulatoires, et des fermetures de lits imposées par les ARS, sur la base des algorithmes technocratiques élaborés par le COPERMO pour des raisons exclusives d'économies budgétaires, et sans considération des pics d'activité dorénavant quasi permanents.

POUR UNE LOGIQUE TERRITORIALE MOBILISANT TOUS LES ACTEURS : TROIS DEMANDES FORTES

1 DES ACTIONS SUR L'AMONT

Aucune amélioration ne pourra voir le jour sans action sur l'amont des urgences.

La médecine de ville doit redevenir un élément essentiel de la prise en charge des soins de premier recours, sur tous les territoires, en journée, la nuit et le week-end.

Tous les acteurs de santé financés directement ou indirectement par la collectivité doivent participer à cet effort : la FHF appelle à restaurer une vraie Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), à multiplier les maisons médicales de garde, et à intégrer dans le cahier des charges

des futures Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS) l'organisation de la permanence des soins et l'articulation avec les urgences hospitalières, appelées à prendre en charge les patients les plus lourds.

2 DES ACTIONS SUR L'aval : RECONSIDÉRER LES FERMETURES DE LITS

Le temps passé sur un brancard par un patient, c'est bien souvent le temps passé à lui trouver un lit pour l'hospitaliser.

La FHF dit « stop » aux fermetures de lits imposées pour des seules considérations économiques. La réouverture de lits de médecine polyvalente et de lits de médecine dans les hôpitaux de proximité doit être mise à l'ordre du jour.

3 LA MISSION CARLI/MESNIER DOIT PRENDRE EN COMPTE TOUS LES ÉLÉMENTS DU PARCOURS DES PATIENTS URGENTS

La Ministre des Solidarités et de la Santé a annoncé le lancement d'une mission pilotée par le Pr. Pierre Carli et le député Thomas Mesnier.

Le Conseil d'administration de la FHF, son président Frédéric Valletoux, son vice-président Jean-Louis Touraine demandent à l'unanimité que cette mission ne focalise pas ses travaux sur les seuls services d'urgence, et formulent des préconisations fortes sur l'organisation de l'amont des urgences et sur les problématiques de l'aval.

Les Français et les hospitaliers ne pourront se satisfaire encore une fois de mesures partielles, ni attendre les promesses de « Ma santé 2022 » dont l'horizon leur paraît encore très loin.

POUR EN SAVOIR PLUS

www.fhf.fr

COMMUNIQUÉ DE SÉANCE DU SÉNAT

→ 7 JUIN 2019

PROJET DE LOI SANTÉ

Le Sénat a terminé l'examen des articles du projet de loi

Vendredi 7 juin 2019, le Sénat a achevé l'examen des articles du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Ce projet de loi vise, selon le Gouvernement, « à faire émerger un système de santé mieux organisé dans les territoires, renforçant l'accès aux soins. Il favorise les coopérations entre les acteurs et les métiers de la santé, et assure à chaque Français la qualité et la sécurité des soins. Il dépasse les approches sectorielles et apporte des réponses globales et cohérentes aux enjeux auxquels est confronté le système de soins ».

EXAMEN AU FOND EN COMMISSION

Mercredi 22 mai 2019, la commission des affaires sociales a examiné le rapport d'Alain MILON et a établi son texte sur le projet de loi. Elle a adopté 132 amendements.

La commission a regretté que le contenu du projet de loi présenté au Parlement forme davantage un cadre général d'orientations qu'une réforme structurante, en renvoyant largement à des ordonnances ou décrets ultérieurs y compris sur des sujets essentiels comme les hôpitaux de proximité.

La commission a:

- privilégié l'incitation des jeunes médecins à un ancrage rapide auprès d'un territoire au recours inopérant à toute forme de coercition ;
- soutenu une plus grande souplesse dans les dispositifs de structuration des soins de ville ;
- défendu, s'agissant des groupements hospitaliers de territoire (GHT), le soutien aux dynamiques locales plutôt que des schémas homogènes imposés à tous ;
- renforcé la place des élus dans le pilotage territorial de la santé, en confiant la présidence du conseil de surveillance des ARS à un élu local ;
- substantiellement enrichi le volet « numérique » du texte. Elle a ainsi adopté plusieurs amendements de son rapporteur pour accélérer la généralisation du dossier médical partagé et de l'espace numérique de santé, tout en insistant sur l'interopérabilité des logiciels, services et outils numériques en santé, « enjeu crucial si nous ne voulons pas prendre encore dix ans de retard » selon le rapporteur.

EXAMEN EN SÉANCE PUBLIQUE

En séance publique, les sénateurs ont notamment:

■ FORMATION ET CARRIÈRES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- adopté, avec modifications, l'article 1^{er} qui **supprime le numerus clausus** ;
- décidé que la formation continue des médecins lors de procédure de certification ne puisse être assurée par des organismes ou structures en lien avec les industries de la santé, afin d'éviter tout conflit d'intérêts (amt 275 - art 3). Cette garantie d'indépendance n'est pas limitée aux liens avec les industries de santé mais elle s'étend à « tout lien d'intérêt » (s/amt 822 du Gvt - art 3) ;
- maintenu l'article 4 bis, inséré dans le texte par la commission des affaires sociales du Sénat, qui met en place une **exonération de cotisations sociales incitative à l'installation** rapide des jeunes médecins (rejet des amendements de suppression 301 et 461 du Gvt - art 4 bis). En séance, les sénateurs ont complété ce dispositif afin d'exclure du droit à l'exonération les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins (amt 424 de la commission de l'aménagement du territoire et amt 439 rect. bis - art 4 bis).

■ LUTTE CONTRE LES « DÉSERTS MÉDICAUX »

- intégré, dans les **objectifs généraux des formations de santé**, l'objectif de répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire (amt 221 de la commission de la culture, amt 417 de la commission de l'aménagement du territoire et amt 678 - art 1^{er}) ;
- fait primer, dans la **détermination du nombre d'étudiants reçus en 2^e et 3^e années de premier cycle**, le critère des besoins de santé du territoire sur celui de la capacité d'accueil des facultés (amt 734 rect. - art 1^{er}) ;
- prévu que, pour les étudiants de **troisième cycle** de médecine générale, et d'autres spécialités définies par décret, la **dernière année soit une année de pratique ambulatoire en autonomie**, en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante (amts 1^{er} rect. quater, 542 rect. quinque et 762 rect - art 2 - voir le résultat du scrutin public) ;

- instauré une **obligation de négocier**, dans le cadre de la convention nationale entre les médecins et l'Assurance maladie, sur la contribution des médecins à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins (amt 423 de la commission de l'aménagement du territoire et amt 438 rect. bis - nouvel article 4 bis A) ;

- reconnu aux maires la possibilité de saisir le Conseil de l'ordre de situations de carence médicale dont il aurait connaissance sur son territoire afin d'ouvrir la possibilité de recrutement de médecins adjoints (amt 597 – art 5).

■ PATIENTS

- **réintroduit l'obligation de prescrire les arrêts de travail de manière dématérialisée** qui avait été supprimée en commission, mais en prévoyant des exceptions éventuelles à cette obligation (amt 600 et s/amt 829 du Gvt – art 14) ;
- **augmenté de 2 semaines le délai prévu pour accéder à l'IVG** (amt 628 rect. – ins art add après art 27).

■ NUMÉRIQUE

- confirmé la **mise en place d'un cadre exigeant en matière d'interopérabilité** dans le secteur du numérique en santé, adopté en commission. En séance, les sénateurs ont modifié ce cadre principalement sur 3 points (amt 807 de la commission des affaires sociales et s/amt 825 du Gvt – art 12 A) ;
- adopté, avec modifications, l'article 12 du projet de loi qui **crée un espace numérique de santé (ENS)** pour chaque usager. Déjà modifié en commission, cet article a été modifié en séance, notamment pour inscrire des exceptions pour les contrats relatifs aux services et outils numériques référencés dans l'espace numérique en santé et qui poursuivent une finalité limitée à la prévention, au diagnostic, aux soins et au suivi social et médico-social (amt 809 de la commission des affaires sociales – art 12). Cet amendement vise à conserver un haut niveau de protection de la personne tout en permettant l'exploitation de données contenues dans l'espace numérique de santé dans l'unique intérêt du patient.

■ LÉGISLATION PAR ORDONNANCES

Lors de la discussion générale, le rapporteur, Alain MILON, a fait part de son regret d'un « *renvoi très*

large à des ordonnances ou décrets, sur le contenu desquels [le Sénat] a encore peu d'éclairages précis, [et qui] laisse beaucoup d'interrogations en suspens ».

- adopté, avec modifications, l'article 8 qui habilité le Gouvernement à légitérer par ordonnance sur les missions et l'organisation des « hôpitaux de proximité ». Cet article avait déjà été modifié en commission. En séance, les sénateurs ont notamment prévu d'intégrer la télésanté comme mission pleine et entière des hôpitaux de proximité (amt 720 rect. - art 8) ;
- adopté, sans modification, l'article 9 qui habilité le Gouvernement à légitérer par ordonnance pour réformer le régime des autorisations des activités de soins, notamment dans un objectif de meilleure répartition territoriale de l'offre de soins. Les sénateurs ont suivi l'avis d'Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. Il « regrette » le recours aux ordonnances mais rappelle que la suppression de l'article 9 « retardera la réforme », pour laquelle la concertation a déjà commencé.

VOTE SOLENNEL

Mardi 11 juin 2019 à 16 heures, un scrutin public solennel sur le projet de loi sera organisé en salle des Conférences, à l'issue des explications de vote des groupes prévues à 15 heures. À 16 h 30, le résultat du scrutin public solennel sur le projet de loi sera proclamé en séance.

POUR PLUS DE DÉTAILS, CONSULTER :

http://www.senat.fr/espace_presse/actualites/201811/nouvelle_loi_sante.html

Décret n° 2019-529 du 27 mai 2019 relatif à l'amélioration de la protection sociale au titre de la maladie et de la maternité des travailleurs indépendants

Publics concernés: travailleurs indépendants, assurés, organismes d'assurance maladie.

Objet: amélioration de la protection sociale en cas de maladie et de maternité pour les travailleurs indépendants.

Entrée en vigueur: le présent décret s'applique aux allocations dont le premier versement intervient à compter du 1^{er} janvier 2019 et aux indemnités journalières versées au titre des cessations d'activité au titre de la maternité débutant à compter du 1^{er} janvier 2019. Les nouvelles modalités de calcul des indemnités journalières en fonction des cotisations effectivement acquittées s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020. Les autres dispositions s'appliquent aux arrêts de travail débutant le lendemain de la publication du présent décret.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 12 JUIN 2019

Quel rattrapage proposer en cas de statut vaccinal inconnu ou incomplet ? La HAS met en consultation publique un projet de recommandation

La HAS soumet à consultation publique le projet de recommandation élaborée en partenariat avec la Société de pathologie infectieuse de langue française sur le rattrapage vaccinal des personnes dont le statut vaccinal est incomplet, inconnu ou incomplètement connu. L'objectif est d'évaluer la lisibilité, l'acceptabilité et l'application de ces recommandations afin de favoriser leur mise en œuvre ultérieure.

Le calendrier vaccinal n'est, en pratique, pas toujours strictement respecté et des doses de vaccin ou des rappels peuvent être manquants. Par ailleurs, certaines personnes peuvent présenter un statut vaccinal incertain ou inconnu : perte du carnet de santé ou des preuves de vaccination, adoption internationale, immigration, etc.

Actuellement, le calendrier des vaccinations ne précise pas la conduite à tenir dans ces situations. Or la question du rattrapage vaccinal au regard du calendrier des vaccinations établi en France mérite d'être posée pour toute personne quels que soient son âge, son origine géographique ou ses facteurs de risque. La recommandation « Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu ou incomplètement connu – Population générale et populations migrantes » précisera les modalités pratiques du rattrapage vaccinal ainsi que le bien-fondé de l'usage des sérologies dans ces circonstances. Elle s'adressera en premier lieu aux professionnels de santé mais aussi aux décideurs publics. À ces derniers, la HAS proposera des pistes de simplification du parcours d'accès à

la vaccination, levier d'une mise en œuvre optimale du rattrapage vaccinal en France. L'objectif est, à terme, de faire progresser la couverture vaccinale de la population sur le territoire français et ainsi réduire le risque épidémique.

Un projet de recommandation a été élaboré par la HAS en partenariat avec la Société de pathologie infectieuse de langue française (Spif). Cette recommandation provisoire est soumise à la consultation publique sur le site de la HAS jusqu'au 10 juillet prochain. L'objectif de cette dernière étape d'élaboration est de recueillir l'avis de tous les acteurs concernés par la politique vaccinale. Ainsi, les associations de patients et d'usagers du système de santé, les collèges nationaux professionnels, les sociétés savantes, les institutions publiques, les industriels... peuvent prendre connaissance du projet de recommandation et faire part de leurs commentaires en retour. Toutes les contributions seront ensuite analysées et discutées afin d'aboutir à la version finale de la recommandation d'ici l'automne.

POUR EN SAVOIR PLUS
www.has-sante.fr

Préparation cutanée en prévention d'une infection après une césarienne (Revue de la littérature)

Skin preparation for preventing infection following caesarean section (Review)

BACKGROUND

The risk of maternal mortality and morbidity (particularly postoperative infection) is higher for caesarean section (CS) than for vaginal birth. With the increasing rate of CS, it is important to minimise the risks to the mother as much as possible. This review focused on different forms and methods of preoperative skin preparation to prevent infection. This review is an update of a review that was first published in 2012, and updated in 2014.

OBJECTIVES

To compare the effects of different antiseptic agents, different methods of application, or different forms of antiseptic used for preoperative skin preparation for preventing post caesarean infection.

SEARCH METHODS

For this update, we searched Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register, ClinicalTrials.gov, the WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) (27 November 2017), and reference lists of retrieved studies.

SELECTION CRITERIA

Randomised and quasi-randomised trials, evaluating any type of preoperative skin preparation agents, forms, and methods of application for caesarean section. Comparisons of interest in this review were between different antiseptic agents used for CS skin preparation (e.g. alcohol, povidone iodine), different methods of antiseptic application (e.g. scrub, paint, drape), different forms of antiseptic (e.g. powder, liquid), and also between different skin preparations, such as a plastic incisional drape, which may or may not be impregnated with antiseptic agents. Only studies involving the preparation of the incision area were included. This review did not cover studies of preoperative handwashing by the surgical team or preoperative bathing.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS

Three review authors independently assessed all potential studies for inclusion, assessed risk of bias, and extracted the data using a predesigned form. We checked data for accuracy. We assessed the quality of the evidence using the GRADE approach.

MAIN RESULTS

For this update, we included 11 randomised controlled trials (RCTs), with a total of 6237 women who were undergoing CS. Ten trials (6215 women) contributed data to this review. All included studies were individual RCTs. We did not identify any quasi- or cluster-RCTs. The trial dates ranged from 1983 to 2016. Six trials were conducted in the USA, and the remainder in Nigeria, South Africa, France, Denmark, and Indonesia.

The included studies were broadly methodologically sound, but raised some specific concerns regarding risk of bias in a number of cases.

• Drape versus no drape

This comparison investigated the use of a non-impregnated drape versus no drape, following preparation of the skin with antiseptics.

For women undergoing CS, low-quality evidence suggested that using a drape before surgery compared with no drape, may make little or no difference to the incidence of surgical site infection (risk ratio (RR) 1.29, 95 % confidence interval (CI) 0.97 to 1.71; 2 trials, 1294 women), or length of stay in the hospital (mean difference (MD) 0.10 day, 95 % CI -0.27 to 0.46 1 trial, 603 women).

One-minute alcohol scrub with iodophor drape versus five-minute iodophor scrub without drape. One trial compared an alcohol scrub and iodophor drape with a five-minute iodophor scrub only, and reported no surgical site infection in either group (79 women, very-low quality evidence). We were uncertain whether the combination of a one-minute alcohol scrub and a drape reduced the incidence of endomyometritis when compared with a five-minute scrub, because the quality of the evidence was very low (RR 1.62, 95 % CI 0.29 to 9.16; 1 trial, 79 women).

• Parachlorometaxylenol with iodine versus iodine alone

We were uncertain whether parachlorometaxylenol with iodine before CS made any difference to the incidence of surgical site infection (RR 0.33, 95 % CI 0.04 to 2.99; 1 trial, 50 women), or endometritis (RR 0.88, 95 % CI 0.56 to 1.38; 1 trial, 50 women) when compared with iodine alone, because the quality of the evidence was very low.

• Chlorhexidine gluconate versus povidone iodine

Low-quality evidence suggested that chlorhexidine gluconate before CS, when compared with povidone iodine, may make little or no difference to the incidence of surgical site infection (RR 0.80, 95 % CI 0.62 to 1.02; 6 trials, 3607 women). However, surgical site infection appeared to be slightly reduced for women for whom chlorhexidine gluconate was used compared with povidone iodine after we removed

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Increasing rate : taux en augmentation - **WHO** : Organisation Mondiale de la Santé - **Plastic incisional drape** : champ opératoire plastique - **Involving** : concernant - **Preoperative handwashing** : lavage des mains préopératoire - **Preoperative bathing** : douche préopératoire - **Assessed** : évalué - **For accuracy** : avec précision - **Cluster-RCT** : essai contrôlé randomisé en grappe - **Remainder** : restant - **Were broadly methodologically sound** : semblaient largement être de qualité méthodologique - **Length of stay** : durée de séjour - **Alcohol scrub with iodophor** : solution iodée alcoolique - **Either** : chacun - **Parachlorometaxylenol** : autres appellations Hydroxychlorobenzène/Diméthylbenzène/Chlorophénol - **Slightly** : légèrement - **For whom** : pour lesquelles - **After we removed** : après avoir supprimé - **Growth** : croissance - **Available** : disponible - **Therefore** : donc - **Deemed to be** : considéré comme.

four trials at high risk of bias for outcome assessment, in a sensitivity analysis (RR 0.59, 95 % CI 0.37 to 0.95; 2 trials, 1321 women).

Low-quality evidence indicated that chlorhexidine gluconate before CS, when compared with povidone iodine, may make little or no difference to the incidence of endometritis (RR 1.01, 95 % CI 0.51 to 2.01; 2 trials, 2079 women), or to reducing maternal skin irritation or allergic skin reaction (RR 0.60, 95 % CI 0.22 to 1.63; 2 trials, 1521 women). One small study (60 women) reported reduced bacterial growth at 18 hours after CS for women who had chlorhexidine gluconate preparation compared with women who had povidone iodine preparation (RR 0.23, 95 % CI 0.07 to 0.70).

None of the included trials reported on maternal mortality or repeat surgery.

- ▶ ***Chlorhexidine 0.5 % versus 70 % alcohol plus drape***

One trial, which was only available as an abstract, investigated the effect of skin preparation on neonatal adverse events, and found cord blood iodine concentration to be higher in the iodine group.

AUTHORS' CONCLUSIONS

There was insufficient evidence available from the included RCTs to fully evaluate different agents and methods of skin preparation for preventing infection following caesarean section. Therefore, it is not yet clear what sort of skin preparation may be most effective for preventing post caesarean surgical site infection, or for reducing other undesirable outcomes for mother and baby. Most of the evidence in this review was deemed to be very low or low quality. This means that for most findings, our confidence in any evidence of an intervention effect is limited, and indicates the need for more high-quality research.

Hadiati DR, Hakimi M, Nurdiani DS, Da Silva Lopes K, Ota E.

COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS 2018, ISSUE 10. ART.
NO.: CD007462.
DOI: 10.1002/14651858.CD007462.PUB4.

HÉSITATION VACCINALE ET WEB 2.0

Explorer comment les attitudes et les croyances concernant la vaccination antigrippale sont échangées à travers les chaînes de commentaires des utilisateurs en ligne

Vaccine hesitancy and Web 2.0: Exploring how attitudes and beliefs about influenza vaccination are exchanged in online threaded user comments

The growth of Web 2.0 has been particularly impactful in shaping information assessment in decisionmaking with regards to vaccination. The aim of the present study was to explore how attitudes and beliefs about influenza vaccination are exchanged in Web 2.0 through an analysis of user comment threads in response to related news reports on the Canadian Broadcasting Corporation national news website (average of 5.8 million unique visitors per month).

User comments ($n = 2042$) were extracted using a Google Chrome data mining extension, from 33 articles reporting on the seasonal influenza vaccine between September 2015 and October 2016. User comments were analyzed using thematic discourse analysis to identify themes within the data, and also identify how information is exchanged, including identifying the rhetorical devices and tactics used. Mostly unrelated to article content, user comments were extremely polarized with only those with strong positions at either end of the vaccination spectrum (for or against) engaging actively in online debates. Observed exchanges, and the use of rhetorical devices and tactics employed by users are identified as furthering or reinforcing polarization. In addition to exchanging information, forums served as 'echo chambers' where individuals connect with likeminded users and collect additional information to reinforce pre-existing beliefs, rather than encouraging the enrichment of user knowledge.

Our data lead us to question existing calls for public health engagement in such online forums, as doing so may actually reduce the intention to vaccinate among individuals against vaccination. Rather, we identify a greater need to observe online platforms to better understand the social mechanisms that may contribute to, or reinforce, attitudes and beliefs related to influenza vaccine refusal. Further research may also explore the effect that such dialogue has on the attitudes and beliefs of passively observing individuals who have yet to decide whether to receive the flu vaccine.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Beliefs: croyances - **Online threaded user comments** : chaînes de commentaires des utilisateurs en ligne - **In shaping information assessment in decisionmaking with regards to vaccination** : dans la façon de façonnner l'évaluation de l'information dans la prise de décisions concernant la vaccination - **Through** : à travers - **Devices** : dispositif/système - **Tactics** : tactiques/stratégies - **Mostly unrelated to article content** : la plupart du temps sans rapport avec le contenu de l'article - **At either end** : à chaque extrémité - **As furthering** : comme favorisant - **Likeminded** : de même opinion - **Rather than** : plutôt que - **Lead us to question** : nous amène à remettre en question - **Among** : parmi - **Whether** : si.

Samantha B. Meyer, Richard Violette, Reenika Aggarwal, Michelle Simeoni, Heather MacDougall, Nancy Waite

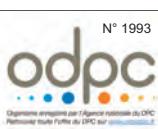
VACCINE 37 (2019) 1769 – 1774.
[HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.VACCINE.2019.02.028](https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.02.028)

XXII^{es} JOURNÉES DE Sénologie Interactive 2019

JOURNÉES DU SÉNOPÔLE DE L'HÔPITAL SAINT-Louis - TERRITOIRE NORD

ESPACE SAINT-MARTIN, 199 BIS, RUE SAINT-MARTIN - 75003 PARIS

UNION-FMC



N° 1993

PRÉSIDENT D'HONNEUR : Daniel SERIN
PRÉSIDENT ORGANISATEUR DU CONGRÈS : Marc ESPié
Sous le haut patronage de Madame Agnès BUZYN
Ministre des Solidarités et de la Santé



JEUDI 26 SEPTEMBRE 2019

Actualités interactives en Sénologie

08h30 - 09h00 ACCUEIL INSCRIPTIONS — CAFÉ

09h00 - 09h10 Introduction - Suivez le sein
M. ESPié

09h10 - 09h30 Allocation du président d'honneur des journées
D. SERIN

09h30 - 10h30 Cas cliniques interactifs
G. DOUCHET, O. NGUYEN, M. ESPié

FMC1

Experts : E. BOURSTYN*, L. CAHEN-DOIDY, C. CUVIER,
C. DE BAZELAIRE*, A. DE ROQUANCOURT, S. GIACCHETTI*,
C. HENNEQUIN, C. MIQUEL*, L. TEIXEIRA

10h30 - 11h00 PAUSE – VISITE DES STANDS – SUIVEZ LE SEIN

11h00 - 11h30 Intelligence artificielle et cancer du sein
A.-S. HAMY

FMC1

11h30 - 12h00 Les signatures génomiques pour qui ?
G. DOUCHET

12h00 - 12h30 L'ADN tumoral circulant remplacera-t-il le CA15/3 ?
J.-Y. PIERGA

12h30 - 13h15 Symposium : NOVARTIS

13h15 - 14h00 DÉJEUNER

14h00 - 15h00 TABLE RONDE : LE CANCER DU SEIN INFLAMMATOIRE
C. MIQUEL, S. GIACCHETTI, E. BOURSTYN, S. GUILLERM

FMC1

15h00 - 15h30 Mastectomie prophylactique : pourquoi, pour qui, comment ?
M. CHAOUAT

15h30 - 16h00 Fonctions cognitives et cancer du sein
F. JOLY

16h00 - 16h45 Symposium : MSD
Les nouvelles thérapeutiques dans le cancer du sein
• Les actualités dans l'immunothérapie
• L'association dans l'immunothérapie avec les Parp inhibiteurs

16h45 - 17h15 PAUSE – VISITE DES STANDS – SUIVEZ LE SEIN

17h15 - 18h30 ATELIERS DE TRAVAIL / CAS CLINIQUES

ATELIER 1 Imagerie en sénologie
A. AMELLOU*, C. CUVIER*, C. DE BAZELAIRE*

FMC1

ATELIER 2 Sein et psychisme
N. ESPié, M. FAFOUTI, K. MEBRAK*, F. LEDOUX*

FMC1

ATELIER 3 L'immunothérapie pour les (presque) nuls
P. CHARVERIAT*, S. GIACCHETTI*, H. HOCINI*, L. TEIXEIRA

FMC1

ATELIER 4 Gérer les effets indésirables de l'hormonothérapie (tamoxifène, inhibiteurs de l'aromatase, analogues LH-RH...)
G. DOUCHET, I. KLOOS, O. NGUYEN

FMC1

VENDREDI 27 SEPTEMBRE 2019

Prise en charge actuelle et suivi du cancer du sein

08h30 - 09h00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS — CAFÉ

09h00 - 09h30 Chirurgie du sein et hypnose
L. CAHEN-DOIDY, J. BENICHOU*

FMC2

09h30 - 10h00 Acupuncture en accompagnement des traitements du cancer du sein
I. KLOOS

10h00 - 10h30 Les congrès de l'année en sénologie
C. CUVIER, S. GIACCHETTI

10h30 - 11h00 PAUSE – VISITE DES STANDS – SUIVEZ LE SEIN

11h00 - 11h45 Les toxicités cutanées des traitements (chimiothérapie, immunothérapie...) des cancers du sein, et leur prise en charge
S. BECOURT, C. DEFASQUE

11h45 - 12h15 Un casse-tête quotidien : suivi radiologique après traitement conservateur, séquelles post-thérapeutiques ou récidive ?
C. DE BAZELAIRE*

12h15 - 12h45 Les tumeurs phyllodes modalités diagnostiques et prise en charge
O. NGUYEN, C. MIQUEL, H. LORPHELIN

FMC2

12h45 - 13h30 Symposium : MYRIAD

Expériences tirées de l'utilisation d'endopredict à l'Hôpital Saint-Louis

13h30 - 14h00 DÉJEUNER

14h00 - 14h45 Symposium PREDILIFE

14h45 - 15h15 30 ans d'évolution dans les traitements adjuvants médicaux des cancers du sein
C. CUVIER

15h15 - 15h45 Quelle chirurgie loco-régionale en situation métastatique
E. BOURSTYN

15h45 - 16h15 Indications des mastectomies avec préservation de la PAM
E. MARCHAND

FMC2

16h15 - 16h45 Communication des psychologues
K. MEBRAK, D. CANO

16h45 - 17h15 PAUSE – VISITE DES STANDS – SUIVEZ LE SEIN

17h15 - 17h45 Cancers lobulaires : quelles nouveautés ?
L. TEIXEIRA

FMC2

17h45 - 18h30 Ne faudrait-il pas rechercher les mutations génétiques chez toutes les patientes ?
O. COHEN-HAGUENAUER

18h30 - 18h45 Discussion des posters et prix de posters

Conclusion et remise du prix du jeu « SUIVEZ LE SEIN »
M. ESPié

FMC2

18h45 : FIN DU CONGRÈS

* Orateur présentant

SECRÉTARIAT SCIENTIFIQUE : DR MARC ESPié (CENTRE DES MALADIES DU SEIN) - HÔPITAL SAINT-Louis - 1, AVENUE CLAUDE VELLEFAUX 75010 PARIS - TÉL. : 01 42 49 92 93

Journées organisées par le Centre de Formation des Editions ESKA - CFEE : N° 11753436775

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS - Serge KEBABTCHIEFF

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 69 / 79 - Fax : 01 42 60 45 35

E-mail : inscriptions et renseignements : congrès@eska.fr - Site : www.eska.fr



AGENDA

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser
AU PLUS TARD LE 10 DU MOIS PRÉCÉDENT.✉ congres@eska.fr

6 et 7 Septembre 2019

CITY CENTER VIEUX PORT
World Trade Center, 2 Rue Henri Barbusse
13001 MARSEILLE

9^{es} RENCONTRES A DEUX MAINS



sous la présidence du
Dr Christine LOUIS-VAHDAT
PARIS

www.lesbaleinesbleues.com

Plusieurs sessions validantes
dans le cadre des obligations DPC

INSCRIPTIONS
contact@ra2m.fr



Comité scientifique
Chantal FABRE CLERGUE



Joie™

OPTEZ POUR LE TRIO GAGNANT

avec la citadine tout-terrain



chrome™



poussette



coque gemm™
aussi compatible
avec les coques
i-Gemm™ et i-Level™



nacelle chrome™

Avec son assise réversible vous aurez le choix de faire voyager votre enfant face à vous ou face au monde. Hyper pratique, elle se plie avec son assise quel que soit le sens.

Fournie avec les adaptateurs, et son habillage de pluie.

Confort et sécurité garantis
avec ce pack 3 en 1.



bring the kids™
plus d'informations sur
fr.joiebaby.com

suivez-nous @Joie Baby
 astucieux, tout simplement.

FORMATION

PARIS

Jeudi 14 Novembre 2019

UIC-P, 16 RUE JEAN REY
75015 PARIS

7^E JOURNÉE. LES EVENEMENTS DE L'ANNÉE EN INFECTIOLOGIE

*Prévention et prise en charge de l'Infection
chez la femme*

MATIN

8h30 – 9h00 Accueil des participants — Café

9h00 – 11h00 SESSION 1 : RISQUE INFECTIEUX ET PAPILLOMAVIRUS

Modérateur : Bruno Pozzetto

- HPV et hésitation vaccinale en France : le casse-tête Amandine Gagneux-Bruno*
- Bénéfices de la vaccination HPV et retombées en santé publique Jean-Marc Bohbot*
- Risque HPV en PMA Thomas Bourlet*
- Désinfection des sondes d'échographie à usage endocavitaire Pierre Parneix

11h00 – 11h30 Pause - Visite des stands

11h30 – 13h00 SESSION 2 : VACCINS, SOIGNANTS ET FEMMES ENCEINTES

Modérateur : Elisabeth Botelho-Nevers

- Le point de vue de la sage-femme Sage-femme*
- Le point de vue de l'infectiologue Odile Launay (Cochin)*
- Débat avec la salle

APRÈS-MIDI

13h00 – 14h00 Déjeuner

14h00 – 16h00 SESSION 3 : RISQUES OBSTÉTRICAUX & INFECTIONS BACTÉRIENNES

Modérateur : Raphaëlle Girard

- Infections urinaires : quoi de neuf Manuel Etienne (Rouen)*
- Infections à streptocoques du groupe A : Semmelweis au XXI^e siècle Philippe Berthelot
- Infections à Streptocoques du groupe B : Intérêt du dépistage à l'accouchement Hôpital St Joseph - HEGP - Toulouse*
- Un risque obstétrical méconnu : la fièvre Q Matthieu Mignon* (Marseille)

16h00 – 16h30 Pause - Visite des stands

16h30 – 18h00 SESSION 4 : FEMMES ENCEINTES ET VOYAGES

Modérateur : Elisabeth Nicand

- Risque viral (hépatite E, Zika, autres arboviroses) Bruno Hoën*
- Parasites, voyages et grossesse
- Risques non infectieux ou femmes enceintes et voyage en avion

18h00 Conclusion Philippe Berthelot

18H15 Fin de journée

Sous la présidence de :

PHILIPPE BERTHELOT, ELISABETH BOTELHO-NEVERS,
RAPHAËLLE GIRARD, BRUNO POZZETTO

AVEC LE SOUTIEN DE LA SPILF
SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE

L'INSCRIPTION AU CONGRÈS DONNE ACCÈS AU
7^E CONGRÈS DES DIALOGUES DE L'OBSTÉTRIQUE
QUI SE DÉROULERA AU MÊME ENDROIT LE 14 NOVEMBRE

ET AU 47^{ES} JOURNÉES JEAN COHEN
“GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE ET REPRODUCTION”
QUI SE DÉROULERA AU MÊME ENDROIT LES 15 ET 16 NOVEMBRE



Des Journées du Centre de Formation des Editions ESKA
Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRES - Serge KEBABTCHIEFF, Alicia GORILLIOT
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél : 01 42 86 55 79 - Fax : 01 42 60 45 35
E-mail : congres@eska.fr - Sites internet : www.eska.fr ; www.congres.eska.fr
AGRÉÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE - CFEE : N° 11753436775

FORMATION

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser
AU PLUS TARD LE 10 DU MOIS PRÉCÉDENT. congres@eska.fr

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser:

AU PLUS TARD LE 10 DU MOIS PRÉCÉDENT.

congres@eska.fr

FORMATIONS ANSFL 2019



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

Ce numéro n'est pas agrémenté de l'Etat

TARIFS, DATES, ADHESION www.ansfl.org

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

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

Intervenante : Laurence Platel (SF).

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

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES A BAS RISQUES

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)

Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

INITIATION A LA PENSÉE CRITIQUE

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)

Date et lieu: 7-8 nov 2019 - Le Cannet (06)

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

Intervenante : Nicole Andrieu (SF)

Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL

Intervenante : Martine Gies (SF)

- Session I: Découverte
Date et lieu:
Organiser un groupe: contactez-nous
- Session II: Les pathologies urinaires
(Pré requis: session I)
Date et lieu: 26-27 sept. 2019 à Lyon
- Session III: Retrouver la mobilité et le dynamisme
(Pré requis: session II)
Date et lieu: fin 4^e trim. 2019 à Lyon
- Session IV: Analyse du mouvement.
Respect de soi, de l'autre
(Pré requis: session III)
Date et lieu: fin 4^e trim. 2019 à Lyon

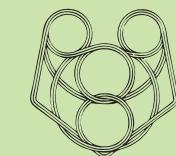
ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ

Intervenante : Odile Tagawa (SF)

- Session I: Prénatal
Session II: Postnatal
Date et lieu:
Organiser un groupe: contactez-nous

Toutes nos formations :
FIF-PL

Contact Formation ANSFL: Martine Chayrouse
formation@ansfl.org - Tél.: 07 82 19 11 59



Formations en haptonomie

CIRDH FRANS VELDMAN

Le Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie, créé par Frans Veldman, fondateur de l'haptonomie, et animé par un collège de professionnels de la santé

Propose des formations qui s'adressent aux professionnels de la santé

• Accompagnement haptonomique pré et post-natal

Il favorise la maturation de la relation triangulaire affective entre la mère, le père et l'enfant. Il permet de faire découvrir aux parents une manière d'être favorable au bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance. Il accompagne le développement psychomoteur et affectif de l'enfant jusqu'à la marche acquise.

Cette formation est accessible aux sages-femmes, obstétriciens, médecins généralistes, pédiatres et aux psychologues cliniciens travaillant en périnatalogie.

L'haptobio-stéritique® est orientée sur la naissance haptonomique, accessible aux sages-femmes et aux obstétriciens.

• D'autres formations sont orientées vers les divers secteurs de la santé (l'accès est déterminé en fonction de la profession exercée):

Haptosyntérapie, haptosynésie, haptopédagogie, haptopuériculture®.

TOUT CURSUS DE FORMATION DÉBUTE PAR UN STAGE DE TRONC COMMUN.

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS

Tél.: 01 42 01 68 20

Mail : cirdhfv@haptonomie.org

www.haptonomie.org



Prochaines formations

▷ Clamart (92)

- Stage prénatal : les 21, 22, 23 octobre 2019
- Stage postnatal : le 24 octobre 2019

► Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

Programme et inscription

6, Allée de la Tournelle - 91370 Verrières le Buisson

Message : 01 69 30 98 01 - Courriel : infos@annm.fr

Site internet : <http://annm.fr>

N° D'AGR. FORMATION CONTINUE : 11 92 119 4292



Les sages-femmes et le suivi gynécologique



Suivi gynécologique et contraception



3 jours



Suivi gynécologique et contraception, approfondissement



3 jours



Urgences gynécologiques et consultations inopinées



3 jours

Faire face aux résistances à la contraception



3 jours

Consultations gynécologiques et contraception des adolescents



4 jours



Suivi gynécologique et santé sexuelle des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

2 jours

Endométriose Dépister Aborder Orienter



3 jours



2 jours

Thérapeutique non pharmacologique de la ménopause et péri-ménopause



2 jours

IVG médicamenteuse

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**



PRÉSIDENT : JEAN-MARIE ANTOINE
COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART

VENDREDI 15 NOVEMBRE 2019

MATIN. SALLE LIST

8h30 - 9h00	ACCUEIL DES PARTICIPANTS – CAFÉ
9h00 - 10h30	SESSION INFERTILITÉ : ÉPIDÉMIE D'INSUFFISANCE OVARIENNE PRÉMATURÉE ? <i>Modérateurs : J.-M. ANTOINE et M. LACHOWSKY</i> L'AMH est-elle Le marqueur de la réserve ovarienne ?.....J. BELAISCH ALLART Comment explorer l'IOP?.....G. PLU BUREAU Désir d'enfant : les nouveaux protocoles de prise en charge, la préservation de la fertilitéC. YAZBECK
10h30 - 11h00	PAUSE – VISITE DES STANDS
11h00 - 12h30	SESSION GYNÉCO ACTUALITÉ - <i>Modérateurs : B. LETOMBE et G. BOUTET</i> Surveillance post conisation : les nouvelles recommandations.....H. BORNE Tempête sur les macro progestatifs ?C. JAMIN Infections à HPV comment informer les patientes ?.....J.-L. MERGUI CMV - revisité - dépistage - prévention conséquencesY. VILLE
12h30 - 13h00	ALLOCATION DU PRÉSIDENT JEAN-MARIE ANTOINE
13h00 - 14h15	DÉJEUNER

APRÈS-MIDI. SALLE LIST

14h15 - 18h30	SESSIONS CONTROVERSES - <i>Modérateurs : J.-L. BENIFLA et P. LOPES</i>
14h15 - 15h00	L'échographie doit-elle faire partie de la surveillance systématique après la ménopause ?J. CREQUAT - <i>discutant P. MADELENAT</i>
15h00 - 15h45	Endométriose post ménopausique. Quelle prise en charge ?L. MARIÉ SCEMAMA - <i>discutant C. JAMIN</i>
15h45 - 16h30	Le Diagnostic prénatal non invasif (DPNI) officiel en France est-il satisfaisant ?B. SIMON BOUY - <i>discutant N. FRIES</i>
16h30 - 17h00	PAUSE – VISITE DES STANDS
17h00 - 17h45	Le dépistage organisé du cancer du colJ.-J. BALDAUF - <i>discutant P. LOPES</i>
17h45 - 18h30	La loi de bioéthique. Ou en sommes-nous ?.....I. NISAND - <i>discutant P. MERVIEL</i>

SAMEDI 16 NOVEMBRE 2019

MATIN. SALLE LIST

8h30 - 9h00	ACCUEIL DES PARTICIPANTS – CAFÉ
9h00 - 12h30	SESSION PLÉNIÈRE : CONTRACEPTION : QUESTIONS-RÉPONSES, QUESTIONS SANS RÉPONSES <i>Session parrainée par la Société Francophone de Contraception</i> <i>Modérateurs : D. SERFATY, H. CHELLI, M. BOUZEKRINI, B. THIEBA-BONANE, M. BENNIS</i> 1. Un pas de plus dans la prévention ? Préservatif masculin remboursé par la Sécurité sociale.....D. HASSEOUN 2. Evolution du marché de la contraception en France :« Vous avez dit hormophobie ? »D. SERFATY 3. Qu'est-ce que l'anneau vaginal Annovera®R. SITRUK-WARE, PH. BOUCHARD (Population Council) 4. Spécificité de la contraception chez les sportives de tous niveauxC. MAITRE 5. La pilule contraceptive pour homme.....D. SERFATY 6. Les media et la contraception en 2019P. MERVIEL 7. Depuis l'avènement de la contraception hormonale, peut-on dire que les ménorragies fonctionnelles ont vécu ?P. MERVIEL 8. Concept de « Multipurpose Prevention Technologies en contraception (MPT)R. SITRUK-WARE, Ph. BOUCHARD (Population Council) 9. Existe-t-il un risque de leucémie chez les enfants issus de grossesses surveillées sous pilule ou dès après l'arrêt de la pilule ?M. ESPIÉ
10h30 - 11h00	PAUSE VISITE DES STANDS

ATELIERS DE VENDREDI ET SAMEDI. SALLE 203

VENDREDI 15 NOVEMBRE 2019	9h00 - 10h30 ATELIERS SAGES FEMMES <i>Intervenants : A. PROUT et C. FOULHY</i> Programme en cours
11h00 - 12h30	ATELIERS IMPLANTS (AVEC LE SOUTIEN DE MSD) <i>Intervenant : N. CASTAING</i> Programme en cours
SAMEDI 16 NOVEMBRE 2019	9h00 - 10h30 ATELIERS FERTILITÉ <i>Intervenants : P. MERVIEL, F. SCHEFLER et C. YAZBECK</i> Programme en cours
11h00 - 12h30	ATELIERS LE SEIN <i>Intervenants : M. ESPIÉ et al.</i> Programme en cours

FIN DU CONGRÈS : 12H30

L'INSCRIPTION AUX JOURNÉES JEAN COHEN DONNE ACCÈS AU
7^e CONGRÈS DES DIALOGUES DE L'OBSTÉTRIQUE
QUI SE DÉROULERA AU MÊME ENDROIT
LE 14 NOVEMBRE DE 9H00 À 18H00



Journées organisées par le Centre de Formation
des Editions ESKA
CFEE : N° 11753436775

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS
Serge KEBABTCHIEFF
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. : 01 42 86 55 69 / 79 - Fax : 01 42 60 45 35
E-mail : inscriptions et renseignements :
congres@eska.fr - Site : www.eska.fr

Avec la Suite PHENIX passez en mode confort

Trois solutions complémentaires : surveillance de grossesse globale et cohérente, rééducation périnéale et gestion administrative et médicale de vos données patientes.

VIVALTIS Parc Euréka - 200 rue de Thor - 34000 Montpellier - Tél : 04 67 27 15 42 - Fax : 04 67 27 15 49 - contact@vivaltis.com - SARL au capital de 249 520 € Siège 42381946500034 APE 2660Z N° Intracommunautaire FR61423819465 PHOTOS NON CONTRACTUELLES - NOVELUS - APV3



PHENIX MONITO LE MONITORING SANS FIL

Grand écran, grossesses multiples, imprimante thermique... Facilitez votre quotidien !

À PARTIR DE
96 € TTC/MOIS*

PHENIX Micro RÉEDUCATION PÉRINÉALE SANS FIL

Assistant thérapeutique, dossier favoris... Optez pour la facilité.

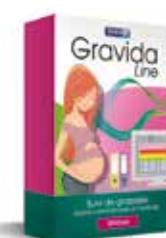
124 € TTC/MOIS*



LOGICIEL DE SUIVI DE GROSSESSE GRAVIDA LINE

Un seul outil informatisé pour toutes vos fiches patientes.

499 € TTC**



* Offre valable pour une durée de 36 mois, selon notre barème de financement en vigueur au 01/01/2018.

** Hors financement



**POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE ACTIVITÉ
CHOISISSEZ LA MARQUE
DE L'EXCELLENCE !**

VIVALTIS

Leader mondial des appareils de rééducation périnéale, le bien-être des femmes est au cœur de la démarche VIVALTIS depuis 17 ans.

www.vivaltis.com

PHENIX®
VIVALTIS



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



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