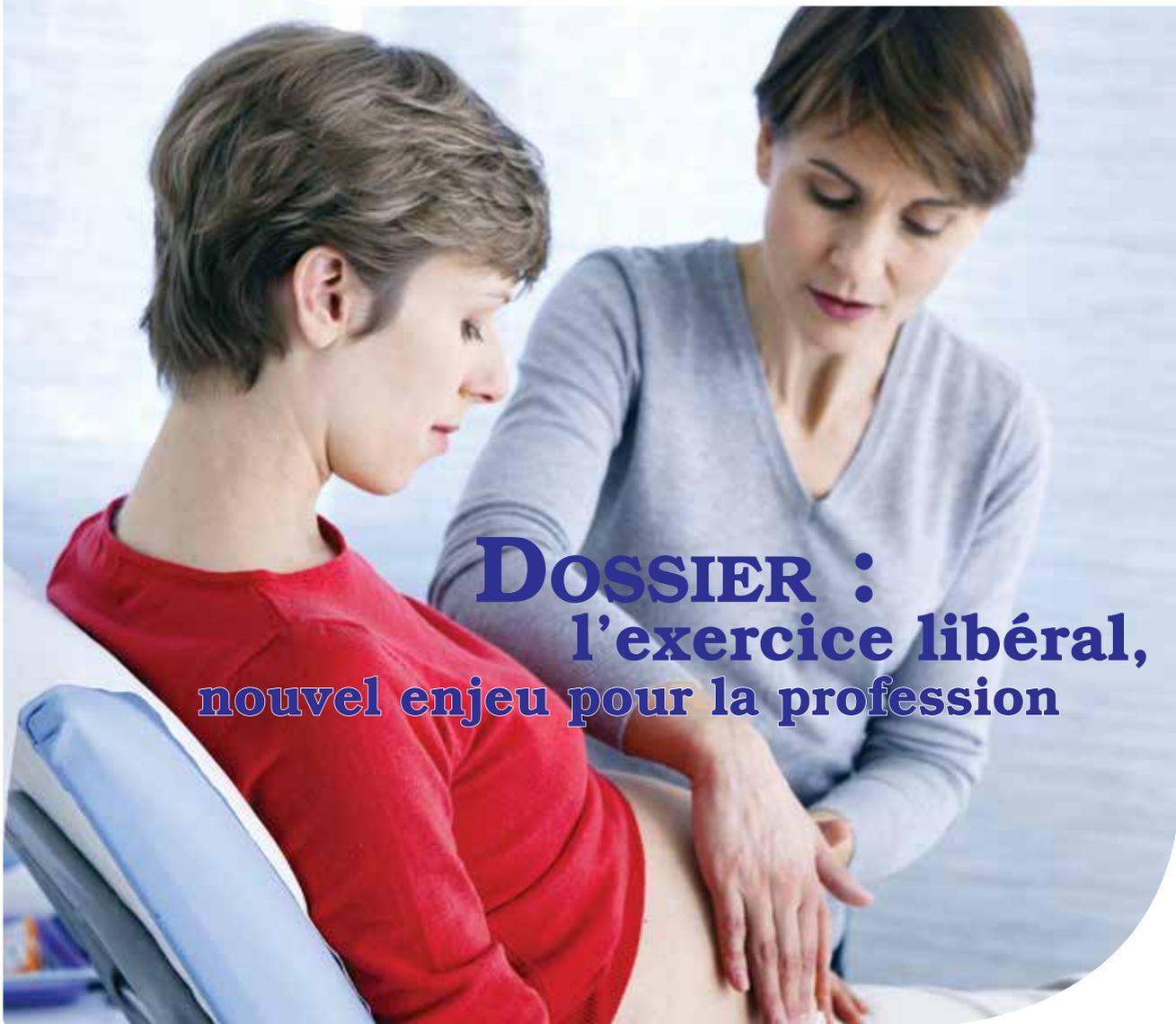




# CONTACT

*Sages-femmes*



**DOSSIER :**  
**l'exercice libéral,**  
**nouvel enjeu pour la profession**

**INFOS ORDINALES** - 9 maisons de naissance pour l'expérimentation **P9** • **ACTUS INTERNATIONALES**  
- Droits sexuels et reproductifs : des réticences subsistent **P18** • **INFOS GENERALES** - Distilbène, édition  
d'un guide pratique **P22** ...



**P04** Dossier :  
L'exercice libéral, nouvel enjeu  
pour la profession

**P20** Maison de naissance :  
interview de Bénédicte  
de Thysebaert, sage-femme  
exerçant à Namur

**P28** Focus : Clara de Bort,  
une médecine bientraitante  
est possible

**P30** Lettre juridique :  
Les sages-femmes,  
les mineures  
et la contraception



## INFORMATIONS ORDINALES

- P04** Dossier : L'exercice libéral, nouvel enjeu pour la profession
- P09** Maisons de naissance : neuf structures ouvriront bientôt leurs portes
- P10** Signalement des situations de maltraitance : la loi protège désormais tous les professionnels de santé
- P13** Lutte contre les violences faites aux femmes : l'engagement se poursuit
- P14** Appel à candidatures pour les élections des représentants des interrégions des secteurs 3 et 5
- P15** Appel à candidatures pour l'élection d'un membre suppléant de la chambre disciplinaire nationale
- P17** La cotisation ordinale 2016



## ACTUALITÉS INTERNATIONALES

- P18** Droits sexuels et reproductifs : des réticences subsistent de la part de certains Etats membres
- P20** Maison de naissance : interview de Bénédicte de Thysebaert, sage-femme exerçant à Namur



## INFORMATIONS GÉNÉRALES

- P22** L'exposition au Distilbène : une "maladie rare" dont les conséquences évoluent
- P26** Les actualités de la CNEMMOP



## FOCUS

- P28** Clara de Bort : une médecine bientraitante est possible



## FICHE PRATIQUE

- P27** Les conditions d'emploi des agents non titulaires de la fonction publique hospitalière



## LETTRE JURIDIQUE

- P30** Les sages-femmes, les mineures et la contraception



## REVUE DE PRESSE



## ORDRE DES SAGES-FEMMES

Conseil National

168, rue de Grenelle  
75007 Paris

Téléphone : 01.45.51.82.50

Télécopie : 01.44.18.96.75

contact@ordre-sages-femmes.fr

## CONTACT

Sages-femmes

Rédaction :

Claire Akouka,

Marianne Benoit Truong Canh, Alain Bissonnier,

Agathe Bougault, Anne-Marie Curat,

Jean-Marc Delahaye, Marie Josée Keller

Directrice de la publication :

Marie Josée Keller

Réalisation : Claire Akouka

Création graphique :

Espace Graphic : 01 60 70 77 00

Impression :

Chevillon Imprimeur

26, boulevard Kennedy,

89100 SENS

Dépôt légal : à parution

ISSN : 2101-9592

## ÉDITO

Madame, Monsieur, cher collègue,

Nous avons choisi de consacrer un dossier à l'exercice libéral car celui-ci attire un nombre croissant de sages-femmes tout en étant essentiel à la définition de notre identité professionnelle.

Si la majorité des sages-femmes étaient libérales avant les années 1970, ce mode d'exercice a été largement déserté au cours des décennies suivantes. Depuis une dizaine d'années, nous assistons à une véritable renaissance du libéral. Presque un quart des sages-femmes exercent aujourd'hui sous ce statut et leur profil a fortement évolué. Si, jusqu'à récemment, nos consœurs se tournaient vers ce mode d'exercice après avoir exercé en maternité, on constate que de plus en plus de jeunes professionnelles n'hésitent pas à s'y lancer dès le début de leur carrière.

Un nombre important de facteurs favorisent cette tendance : le PRADO, qui s'appuie exclusivement sur les sages-femmes libérales ; la conjugaison de la démographie des médecins et de nos compétences de plus en plus larges, qui nous permettent de répondre aux besoins en santé des femmes ou tout simplement le manque de postes en structure. Comme l'avait révélé une étude sur l'employabilité des sages-femmes menée par notre instance en 2014, les postes pérennes en établissement sont en effet de plus en plus rares, préfigurant sans doute l'hôpital de demain où l'ambulatoire sera favorisé.

Le développement du libéral crée des incertitudes dans nos rangs et fait naître de nombreux questionnements, caractéristiques de toute période transitionnelle. Nous espérons que ce dossier vous apportera des réponses et nourrira vos réflexions.

A nous de saisir l'opportunité du libéral afin de faire naître dans nos rangs une identité professionnelle forte, affranchie du carcan des statuts hospitaliers, où nos compétences pourront être pleinement reconnues et valorisées.

Je vous souhaite une bonne année 2016 qui, à travers la loi de santé, verra encore les compétences des sages-femmes augmenter, permettant ainsi un meilleur accès aux soins pour les femmes.

Marie Josée Keller, Présidente

### L'EXERCICE LIBÉRAL, NOUVEL ENJEU POUR LA PROFESSION

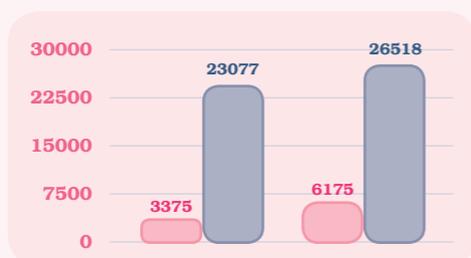
Depuis quelques années, le libéral gagne en ampleur et les sages-femmes ayant choisi ce mode d'exercice représentent aujourd'hui près d'un quart de l'effectif total des professionnelles en activité. Cette tendance serait durable puisque, selon une récente étude de la DREES<sup>1</sup>, il était en effet estimé qu'une sage-femme sur 3 exercerait en libéral à l'horizon 2030.

Ainsi, si les libérales représentaient 14% des sages-femmes en activité en 2010, leur part est aujourd'hui de 21%. La démographie des médecins, le champ de plus en plus large des compétences des sages-femmes ou encore le PRADO représentent autant d'atouts pour l'exercice libéral. Toutefois, ce mode d'activité, s'il était prédominant avant les années 1970, représente aujourd'hui une mutation profonde pour la profession. Ce changement, par ailleurs, s'opère rapidement et soulève de nombreux questionnements :

pourquoi choisir le libéral ? Comment définir son activité ? Quel positionnement adopter par rapport à ses consœurs, aux autres professionnels de santé ? Quels écueils éviter ?

Les réponses à ces questions relèvent du contexte local qui doit être finement analysé avant d'envisager toute installation. De nombreux éléments peuvent avoir un impact important sur l'activité : densité de sages-femmes et d'autres professionnels de santé ; pratiques locales, que ce soit celles des établissements, des réseaux ou tout simplement des femmes. Afin d'apporter un éclairage, des sages-femmes libérales apportent leur témoignage sur leur exercice, sur les particularismes du territoire sur lequel elles exercent mais transmettent également leur vision du libéral tel qu'elles le conçoivent.

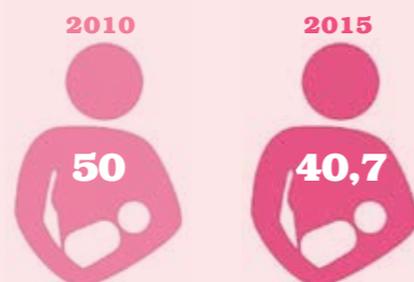
#### L'évolution du nombre de libérales



■ Libérales ■ Nombre total de sages-femmes

Depuis 2010, le nombre de sages-femmes libérales et polyvalentes est passé de 3375 à 6175 professionnelles, soit une augmentation de 83%.

#### Des sages-femmes libérales de plus en plus jeunes



Age moyen des sages-femmes libérales :

• 2010 ▶ 50 ans | • 2015 ▶ 40,7 ans  
1% ont moins de 30 ans | 31,7% ont moins de 30 ans

<sup>1</sup> Etudes et résultats n° 791 : La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs, mars 2012

### TROIS QUESTIONS À MADELEINE MOYROUD, PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES

*En tant que présidente de l'ANSFL, comment percevez-vous la montée en puissance de l'exercice libéral ?*

Connaître véritablement la, ou les raisons de l'augmentation des installations nécessiterait une enquête auprès des sages-femmes. Difficile de dire s'il faut se réjouir ou pas de cette montée en puissance de l'exercice libéral car cela dépendra de la façon dont les sages-femmes libérales occuperont le terrain.

Pour moi, être sage-femme libérale, c'est pouvoir exercer l'ensemble de nos champs de compétences, c'est accompagner les femmes tout au long de leur vie génésique. Or, la pratique de l'accouchement en libéral reste difficile : il y a très peu de plateaux techniques ouverts aux libérales et l'accouchement à domicile est plus que freiné par le coût de l'assurance Responsabilité Civile Professionnelle. Pour les maisons de naissance, il faudra attendre la fin de la période d'expérimentation. *Les nouvelles compétences en suivi gynécologique et en contraception ont-elles modifié l'activité des sages-femmes libérales ?*

Oui, mais de façon variable selon les régions et les caractéristiques locales. Dans les zones de désert médical, le manque de médecins a conduit les femmes vers les sages-femmes libérales pour leur suivi gynécologique de prévention et leur contraception. Cette situation contribue à mieux faire connaître notre profession. Nous constatons aussi que dans les zones où les sages-femmes sont connues pour assurer les consultations de suivi de grossesse, le transfert vers le suivi gynécologique de prévention se fait très naturellement.

*Que conseillerez-vous à des sages-femmes s'installant en libéral ?*

Le premier conseil est de se renseigner sur ce qu'est l'exercice libéral, tant du point de vue de la gestion d'un cabinet que de la pratique professionnelle. Il est nécessaire de penser son projet d'installation en fonction des besoins des femmes, de prendre contact avec les

professionnels de santé de la région et notamment de rencontrer les sages-femmes libérales déjà installées. L'installation sera plus facile en s'intégrant dans un cabinet de groupe, les sages-femmes libérales du cabinet pouvant accompagner et aider la nouvelle arrivante. Le travail en libéral n'est pas synonyme de travail en solitaire, il doit s'intégrer dans un réseau professionnel.

Les sages-femmes sont peu préparées à l'exercice libéral. Pour éviter les déconvenues, je pense indispensable de faire une formation sur l'installation en libéral, comme celle justement conçue par l'ANSFL et qui permet d'aborder toutes les questions relatives à ce type d'exercice.



#### Contrats : quelques règles à connaître

Le code de la santé publique impose aux sages-femmes de communiquer au conseil départemental de l'Ordre dont elles relèvent tous les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession. Ceux-ci doivent être conclus par écrit et communiqués à cette instance dans le mois suivant leur conclusion.

Les contrats et avenants peuvent concerner toute association ou société entre sages-femmes, le local ou le matériel dont vous n'êtes pas propriétaire et leur usage ou tout contrat ou avenant que vous pouvez conclure avec une personne physique ou morale dans le cadre de votre exercice.

Les sages-femmes exerçant en société doivent communiquer au conseil de l'ordre dont elles relèvent, outre les statuts de cette société et leurs avenants, les conventions et avenants relatifs à son fonctionnement ou aux rapports entre associés. Ces communications doivent également être faites dans le mois suivant la conclusion de la convention ou de l'avenant.

## LE TÉMOIGNAGE DE CATHERINE LLINARES-TRAPÉ

Catherine Llinares-Trapé est présidente du Conseil inter-régional du secteur 4, qui englobe le grand Sud-Ouest. Après avoir exercé au sein du CH du Val d'Ariège pendant 13 ans, elle s'est installée en libéral en 2005 à Montgaillard, en Ariège, une commune d'environ 1500 habitants. Si le département ne compte que 7 sages-femmes libérales, il est cependant considéré comme "surdoté" dans le zonage actuel et n'est toutefois pas considéré par l'ARS comme un désert médical du fait du nombre d'habitants. Catherine Llinares-Trapé constate cependant qu'un certain nombre de patientes, faute de trouver un professionnel qui leur convienne, n'hésite pas à parcourir les 80 kilomètres qui les séparent de Toulouse pour leur suivi, notamment gynécologique. Elle constate également que certaines patientes sont loin d'avoir une prise en charge optimale : "Je dois régulièrement réaliser des consultations de rattrapage pour certaines patientes, notamment des femmes enceintes qui viennent au départ pour leur préparation à la naissance, et dont le suivi comporte des lacunes : bilan sanguin incomplet, absence d'examen clinique mensuel."



“ Je considère que c'est un devoir déontologique que de répondre aux besoins des femmes. ”

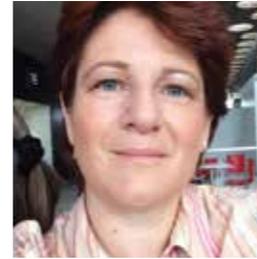
considérant qu'elle doit être en mesure d'exercer toutes les activités entrant dans le champ de compétences des sages-femmes et par souci de répondre à la demande des femmes : "Dans le champ de l'exercice libéral, il est parfaitement humain de privilégier certaines activités car elles plaisent plus, ont nécessité un investissement important ou sont tout simplement rentables. Toutefois, ça ne correspond pas toujours aux besoins de la population. J'ai choisi d'avoir une activité au service des patientes. Par exemple, si une de mes patientes me sollicite, je consacrerai tout le temps nécessaire à ses soins, y compris si cela implique des visites à domicile ou d'allonger mes journées." Cet engagement est aussi dicté par la démographie médicale : "Dans un territoire où il y a peu de sages-femmes et de médecins, je considère que c'est un devoir déontologique que de répondre aux besoins des femmes."

L'exercice de la sage-femme est varié : "Environ un tiers de mon exercice est consacré à la préparation à la naissance et à la rééducation périnéale, un autre tiers aux visites à domicile – suivi prénatal et postnatal dans le cadre du PRADO – et le dernier tiers aux suivis de grossesse et de nouveau-nés et aux consultations de gynécologie." Pour Catherine Llinares-Trapé, les nouvelles compétences ont indubitablement participé à la notoriété de la profession : "De nombreuses femmes apprécient la qualité du suivi proposé par les sages-femmes, qu'elles découvrent après une première maternité ou dans le cadre du PRADO." Elle s'y est formée naturellement,

Pour les sages-femmes qui souhaitent s'installer en libéral dans des territoires tels que le sien, elle conseille : "Il faut évidemment penser à la coordination avec les autres professionnels de santé et bien sûr avec l'hôpital, ce qui n'est pas toujours évident et peut nécessiter des efforts relationnels. Gardons également à l'esprit que nos patientes ne nous appartiennent pas. Enfin, toujours dans un souci déontologique, nous nous devons de moduler notre activité en fonction du besoin des femmes, ce qui implique de se former. Les jeunes diplômées ont l'avantage de ne pas avoir besoin d'une formation complémentaire pour exercer l'ensemble de nos compétences."

## LE TÉMOIGNAGE DE VÉRONIQUE SIMONNOT

Véronique Simonnot est Présidente du conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes de Seine-Saint-Denis (93). Diplômée en 1995, elle est libérale depuis 2003. "Mes activités, en cabinet ou à domicile, sont très variées et couvrent le suivi de grossesse, les consultations post-natales, de sexologie, de gynécologie préventive et de contraception. Je participe au PRADO et fais des sorties précoces, du suivi du post-partum et de la rééducation périnéale. Le tout, 7 jours sur 7."



En Seine-Saint-Denis, le libéral se développe à un rythme soutenu mais le département accusait un retard sur ce mode d'activité. "Nous comptons aujourd'hui 10% de sages-femmes de PMI et 18% de sages-femmes libérales contre seulement 3% en 2003. Toutefois, les habitudes de travail et les organisations de réseau, dans le département, négligent encore trop l'exercice libéral : les PMI sont sollicitées en première intention et les femmes insuffisamment informées de la possibilité de consulter en ville ou des compétences des sages-femmes. Le libéral est encore trop souvent le dernier secteur sollicité, un peu en désespoir de cause quand les maternités, la PMI et les généralistes ne peuvent pas". Les conséquences ? "Délai de prise en charge inutilement allongé, retard aux consultations de grossesse, retard à l'entretien prénatal, retard à la PNP. Cela oblige les sages-femmes à travailler dans l'urgence et à parer au plus pressé au détriment de la prévention." Paradoxalement, Véronique Simonnot note que des femmes ayant des problèmes de santé non résolus et cherchant de nouvelles solutions finissent par trouver les sages-femmes libérales. Elle est également très sollicitée pour le suivi des nourrissons (vaccinations, suivi staturo-pondéral, conseil nutritionnel) et doit parfois préciser que les sages-femmes

ne sont pas compétentes pour la pathologie pédiatrique. "Je m'interroge sur la place de la sage-femme dans le système de soins, sensée travailler dans la physiologie et la prévention tandis que les médecins sont sensés réserver leur expertise au traitement de la pathologie. Dans le 93, la situation serait-elle inversée ? La mauvaise utilisation des compétences de chacun expliquerait-elle les mauvais chiffres qu'accumule le département en termes de morbi-mortalité ?"

“ Je me permets de rêver au concept de "sage-femme de famille" (...) une sorte de "référente" ou de point de repère tout le long de la vie d'une femme... ”

Le déclin démographique des gynécologues, très prononcé dans le département, permet aux nouvelles compétences des sages-femmes d'être mieux connues et de diversifier ainsi la patientèle. "Je me permets de rêver au concept de "sage-femme de famille": des patientes me questionnent sur le développement sexuel de leurs enfants, je fais des consultations informatives sur la contraception chez des adolescentes. J'ai aussi des consultations sur des conjugopathies post-partum ou des appels pour avoir des coordonnées de psychologues ou d'autres thérapeutes, ce qui place la sage-femme comme une sorte de "référente" ou de point de repère tout le long de la vie d'une femme."

Sur des territoires comme le sien, où l'exercice libéral est mal connu, elle conseillerait aux sages-femmes de s'installer après une expérience en structure. "Celles qui veulent s'installer en libéral doivent se constituer un solide carnet d'adresse, ne pas s'installer par dépit, proposer une activité diversifiée, exercer au domicile et en cabinet, sans négliger le choix du local."

### HÉBERGEMENT DES DOSSIERS MÉDICAUX EN LIGNE : ATTENTION !



En tant que sages-femmes libérales, vous êtes de plus en plus nombreuses à vouloir - pour des raisons pratiques tout à fait justifiées - mettre les dossiers médicaux de vos patientes en ligne sur un serveur internet type «cloud» pour y avoir accès en mobilité et de n'importe quelle machine.

Le législateur a souhaité organiser la conservation et le dépôt des données dans des conditions de nature à garantir leur pérennité et leur confidentialité. Pour protéger la sécurité de ces données, l'Etat a mis en œuvre depuis 2006 une procédure très stricte que doivent respecter les hébergeurs de données pour obtenir un agrément.

La loi précise que les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'eux à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins ou les transmettre à d'autres personnes que les professionnels de santé ou établissements de santé désignés dans le contrat. Les personnes hébergeant de telles données sans être titulaires de l'agrément prévu sont passibles de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données qui lui ont été confiées, sans en garder copie, au professionnel, à l'établissement ou à la personne concernée ayant contracté avec lui.

Dans ce cadre, vous devez, avant de choisir une solution informatique pour vos dossiers médicaux, vous assurer que si les données sont hébergées à distance sur un serveur type Cloud ou autre (lorsque les données ne sont pas sur votre ordinateur), votre prestataire est bien agréé «hébergeur de données de santé» avec un agrément à jour.

**L'hébergement de données de santé à caractère personnel ne pouvant avoir lieu qu'avec le consentement express de la personne concernée, vous devez en informer vos patientes et obtenir leur consentement.**

Marianne Benoit Truong Canh  
Sources : ASIP Santé

### L'exercice sur plusieurs sites

Selon l'article L.4112-1 du code de la santé publique, le lieu habituel d'exercice est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle la sage-femme est inscrite sur le tableau du conseil départemental de l'ordre. Un nombre croissant de sages-femmes libérales ont toutefois plusieurs lieux d'exercice, **un régime qui n'en reste pas moins dérogoire**, possible sous les conditions suivantes :

- lorsqu'il existe, dans le secteur géographique considéré, une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patientes et des nouveau-nés ;
- ou lorsque les investigations et les soins qu'elle entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.

**Les sages-femmes doivent prendre toutes dispositions et en justifier pour que soient assurées, sur tous ces sites d'exercice, la qualité, la sécurité et la continuité des soins.**

La demande d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée et doit être accompagnée de toutes les informations utiles sur les conditions d'exercice.

### Maisons de naissance : neuf structures ouvriront bientôt leurs portes

LE 26 NOVEMBRE 2015, L'ARRÊTÉ FIXANT LA LISTE DES MAISONS DE NAISSANCE AUTORISÉES À FONCTIONNER DE MANIÈRE EXPÉRIMENTALE A ÉTÉ PUBLIÉ AU JOURNAL OFFICIEL. SUR LES 11 PROJETS DE CANDIDATURES, 9 ONT ÉTÉ RETENUS.

La mise en place de ces structures, que l'on évoque depuis la fin des années 90, a mis beaucoup de temps à se concrétiser sans doute en raison des caractéristiques sociales, culturelles et historiques de la France où l'hospitalo-centrisme est très marqué. Il a ainsi fallu du temps pour



central des sages-femmes et de diversifier l'offre de soins périnatale. Elles pourront aussi avoir un impact plus large, démontrant que les femmes ont le droit de formuler des choix, quels qu'ils soient, pour la prise en charge de leur grossesse et de leur accouchement.

voir ce système évoluer afin que l'on puisse concevoir la naissance hors de la maternité. Parallèlement, le positionnement des sages-femmes représente un réel frein à l'émergence des maisons de naissance car malgré les compétences et le caractère médical de la profession, ses membres peinent à être reconnus.

L'Ordre des sages-femmes milite depuis des années pour la mise en place de ces structures qui permettront de mettre en évidence l'autonomie et le rôle

Cette expérimentation va durer 5 ans et une évaluation sera conduite par l'Agence Régionale de santé compétente après deux années de fonctionnement de chaque maison de naissance. En revanche, aucune autre maison de naissance ne pourra ouvrir ses portes durant cette période. Il faudra attendre la fin de l'expérimentation pour espérer voir ce mode de prise en charge se généraliser dans toute la France.

### Projet de Loi Santé : dernière ligne droite ?

Après avoir adopté en 1ère lecture le projet de loi de modernisation de notre système de santé, les parlementaires réunis en Commission Mixte Paritaire (CMP) le 27 octobre 2015 ne sont pas parvenus à trouver un accord sur une version commune du texte. Le projet de loi a donc été examiné et adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale le 1er décembre. Il fait actuellement l'objet d'un examen en nouvelle lecture au Sénat, avant d'être examiné en lecture définitive à l'Assemblée nationale, qui aura le dernier mot.

#### LES PROJETS RETENUS :

- Société civile de moyens CALM Maison de naissance, à Paris
  - Association Premier Cri, à Vitry-sur-Seine (Val de Marne)
- Association Maison de naissance DOUMAIA, à Castres (Tarn)
  - Association La Maison, à Grenoble (Isère)
- Association Le Temps de naître, à Baie-Mahault (Guadeloupe)
  - Association Joie de naître, à Saint-Paul (La Réunion)
- Association Premières Heures au monde, à Bourgoin-Jallieu (Isère)
- Association MANALA, Maison de naissance Alsace, à Sélestat (Bas-Rhin)
  - Association Un Nid pour naître, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

## Signalement des situations de maltraitance : la loi protège désormais tous les professionnels de santé

ADOPTÉE PAR LE SÉNAT LE 22 OCTOBRE 2015, LA LOI N° 2015-1402 DU 5 NOVEMBRE 2015 TENDANT À CLARIFIER LA PROCÉDURE DE SIGNALEMENT DE SITUATIONS DE MALTRAITANCE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EST PARUE AU JOURNAL OFFICIEL LE 6 NOVEMBRE 2015.

Cette loi est le fruit d'un important travail parlementaire réalisé par Colette Giudicelli, Sénatrice des Alpes-Maritimes, Vice-Présidente de la Commission des Affaires sociales et membre de la Délégation aux Droits des Femmes du Sénat, qui avait déposé une proposition de loi au Sénat en ce sens le 4 mars 2015.

Ayant fait l'objet d'un large consensus au Sénat et à l'Assemblée nationale, le texte étend le champ d'application de plusieurs dispositions législatives à l'ensemble des professionnels de santé dans le cadre de la procédure de signalement de présomptions de maltraitance ; en outre, il permet d'améliorer et renforcer la formation de tous les professionnels de santé dans le signalement de ces situations auprès des autorités administratives et judiciaires.

Engagé dans la lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants, et leur prise en charge par les professionnels de santé, le Conseil national a décidé de se mobiliser aux côtés de Colette Giudicelli, afin de renforcer la protection des professionnels de santé dans les procédures de signalement des situations de maltraitance, tout en préservant l'intérêt des patient(e)s qui doivent faire face à de telles situations.

**Auteure de la proposition de loi à l'origine de la loi du 5 novembre 2015, la Sénatrice a souhaité s'exprimer afin de présenter les enjeux de ce texte et ses apports destinés à faciliter l'exercice des professionnels de santé.**



Colette Giudicelli, Sénatrice des Alpes-Maritimes

### Quels sont les objectifs de cette loi ?

Grâce à cette loi qui été adoptée à l'unanimité sur les bancs de l'Assemblée Nationale comme du Sénat, nous avons voulu mieux protéger les enfants victimes de violence. En France, un enfant sur dix serait victime de maltraitance et 700 à 800 enfants meurent chaque année. Ce sont les professionnels de santé qui sont les premiers à pouvoir détecter et signaler ces actes de violence. Or, trop peu de médecins utilisent la procédure de signalement. Beaucoup d'entre eux redoutent les poursuites judiciaires et disciplinaires en cas de signalement erroné. L'objectif de la loi est de protéger juridiquement les professionnels de santé lorsqu'ils signalent leurs soupçons d'actes de maltraitance.

### Pouvez-vous nous présenter les principales mesures contenues dans la loi ?

La loi comporte trois mesures essentielles. D'abord, le dispositif va garantir aux professionnels qu'ils peuvent

effectuer des signalements sans risque. Il s'agit d'affirmer le principe selon lequel le médecin, le professionnel de santé qui signale une présomption de maltraitance ne peut voir sa responsabilité civile, pénale ou disciplinaire engagée. La loi étend cette protection à l'ensemble des personnels de santé qui sont susceptibles d'être déliés du secret professionnel. En second lieu, les professionnels de santé pourront désormais adresser leurs signalements non pas uniquement au procureur de la République, mais à la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) de son Département, laquelle pourra rechercher une solution adaptée.

“  
Ce sont les professionnels de santé qui sont les premiers à pouvoir détecter et signaler ces actes de violence.”

La troisième disposition concerne la formation. Le principal défaut de l'actuelle procédure de signalement des situations de maltraitance résidait dans l'absence de formation des médecins et professionnels médicaux à l'identification de ces situations de maltraitance et à la procédure de signalement y compris lors de la rédaction des formulaires de signalement. La loi instaure une obligation de formation à la détection et au signalement des situations de maltraitance.

### Pourquoi avoir étendu ce dispositif à l'ensemble des professionnels de santé ?

Tous les professionnels de santé sont concernés par la maltraitance. C'est pour cette raison que la loi étend le champ de la protection accordée à l'ensemble des personnes intervenant auprès des personnes potentiellement victimes de maltraitements. Ainsi, seront désormais couverts par cette "immunité" en particulier

les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmières, les aides-soignants, les aides médicaux.

### Au-delà des mesures prévues par la loi, comment améliorer la formation des professionnels de santé à la prise en charge des femmes et enfants victimes de violence ?

L'obligation de formation initiale et continue existe déjà pour les professionnels de la protection de l'enfance. Mais des efforts supplémentaires dans ce domaine apparaissent indispensables. Il faut notamment renforcer les outils d'aide au repérage. Je constate que la HAS publie régulièrement des recommandations pour sensibiliser les professionnels à l'ensemble de ces questions. Ensuite, il faut donner aux professionnels tous les éléments leur permettant d'orienter et d'accompagner le mieux possible les femmes et enfants victimes de violences. Il faut que les professionnels aient une bonne connaissance du dispositif de protection de l'enfance, de son organisation et du rôle de l'ensemble des acteurs.

### Quel rôle les sages-femmes doivent-elles jouer dans la prise en charge de ces victimes ?

L'Observatoire national des violences faites aux femmes constate qu'un tiers seulement des victimes de violences conjugales se rendent au commissariat de police ou à la gendarmerie. L'amélioration de la prise en charge des victimes devrait se faire en organisant mieux la coopération entre les professionnels de santé, les sages-femmes, les services sociaux, la police, la justice. Il faut mieux définir le rôle de chacun et mettre en place des procédures. La grossesse est un moment privilégié pour identifier les actes de violence. Dans la mesure où les sages-femmes accompagnent les femmes enceintes du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement, elles sont en première ligne pour repérer les situations de violence.

## LEXIQUE

### L'ÉTABLISSEMENT D'UN CERTIFICAT MÉDICAL

Le certificat médical est un document établi par une sage-femme ayant pour objet de consigner les constatations médicales que cette dernière a été en mesure de faire lors de l'examen clinique de la patiente. Le certificat médical est obligatoirement et uniquement remis en mains propres à la patiente qui pourra, dans un second temps et si elle souhaite engager des poursuites, le produire devant les autorités administratives ou judiciaires compétentes.

### LE SIGNALEMENT

Le signalement est un terme juridique qui désigne la transmission au Procureur de la République, de faits graves, d'éléments de danger avérés, nécessitant des mesures appropriées dans le but de protéger la femme ou l'enfant. A la différence du certificat médical, l'acte de signalement a pour destinataire un tiers : le Procureur de la République ou son substitut. Le signalement

a pour objectif d'alerter directement l'autorité judiciaire en vue de déclencher une réponse institutionnelle de cette dernière.

### L'INFORMATION AUPRÈS DE LA CELLULE DE RECUEIL, DE TRAITEMENT ET DÉVALUATION DES INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES RELATIVES AUX MINEURS EN DANGER OU QUI RISQUENT DE L'ÊTRE (CRIP) :

Une information préoccupante est tout élément d'information, y compris médical, transmis directement à la CRIP. Elle vise à permettre une évaluation de la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

**La sage-femme, comme tout professionnel de santé, peut procéder à un acte de signalement auprès des autorités judiciaires et peut également transmettre à la CRIP une information préoccupante.**

## Avec la loi du 5 novembre 2015, les professionnels pourront-ils encore faire l'objet de poursuite devant les instances judiciaires et disciplinaires ?

Les termes de la loi du 5 novembre 2015 ne visent en aucun cas à empêcher toute action judiciaire ou disciplinaire à l'égard d'un professionnel de santé.

Il s'agit de permettre, en cas d'action judiciaire ou disciplinaire, d'écarter la responsabilité du professionnel de santé si ce dernier a signalé ou informé de faits graves les autorités administratives ou judiciaires compétentes dans les conditions définies par le texte.

## Lutte contre les violences faites aux femmes : l'engagement se poursuit

LE MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES ET LA MIPROF ONT ORGANISÉ LE 20 NOVEMBRE 2015 UN COLLOQUE INTITULÉ "VIOLENCES FAITES AUX FEMMES, LA FORMATION UNE STRATÉGIE DE MOBILISATION DES PROFESSIONNELLES".

En moyenne, chaque année, on estime que 223 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences conjugales dans ses formes les plus graves. Cette estimation ne représente cependant qu'une partie de la réalité des violences conjugales car certaines femmes ne souhaitent pas signaler ces faits malgré le protocole mis en place pour préserver la confidentialité des données.

Le colloque du 20 novembre était l'occasion de présenter de nouveaux outils de formation et des documents permettant d'améliorer le repérage, la prise en charge et l'orientation des femmes victimes par les professionnelles.



Deux nouveaux courts-métrages pédagogiques réalisés avec le soutien des instances et des professionnels concernés ont notamment été dévoilés. Ayant trait à l'impact des violences au sein du couple sur les enfants et à la protection sur ordonnance, ils constituent des outils extrêmement didactiques que tous peuvent utiliser pour mieux comprendre ces problématiques ([www.stop-violences-femmes.gouv.fr](http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr)).

## Une journée de formation dédiée aux sages-femmes

Le 7 décembre 2015, la MIPROF – en partenariat avec plusieurs organisations représentatives de sages-femmes, dont l'Ordre – a organisé une journée de formation. 70 sages-femmes y ont assisté et ont pu acquérir tous les outils qui leur permettront, à leur tour, de former leurs consœurs. Par cette action, la MIPROF et ses partenaires ont l'ambition de lutter de façon concrète contre les violences faites aux femmes en dotant le maximum de professionnels de toutes les informations et outils dont ils ont besoin.

Des modèles de certificats médicaux et d'attestations facilitant la prise en charge des femmes victimes par les sages-femmes, les médecins, les travailleurs sociaux ont été également décrits et commentés. A cette occasion, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a pu présenter une notice explicative donnant des indications clés aux sages-femmes pour utiliser de façon adéquate le certificat médical ([www.ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr)).

## Appel à candidatures

### ÉLECTIONS DES REPRÉSENTANTS DES INTERRÉGIONS DES SECTEURS 3 ET 5 SIÉGEANT AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES ELECTIONS DU 10 MARS 2016

Consécutivement aux démissions des représentants des secteurs 3 et 5 au sein du Conseil national, il convient de procéder à des élections partielles.

Conformément au règlement intérieur du Conseil national, ces élections auront lieu le **JEUDI 10 MARS 2016**.

Les membres ainsi élus resteront en fonction jusqu'à la date à laquelle auraient expiré les mandats de ceux qu'ils remplacent, soit jusqu'au 19 juin 2018. Il est rappelé que le Conseil national est composé de cinq sages-femmes élu(e)s par les conseils départementaux regroupés en cinq secteurs. Le ressort territorial de ces secteurs est identique à celui des interrégions.

#### ENVOI ET DATE LIMITE DE DÉPÔT DES CANDIDATURES :

- Les candidats se font connaître, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée, à la Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (168 rue de Grenelle, 75007 PARIS), revêtue de leur signature.
- Les candidatures peuvent aussi être déposées au Conseil national. Il en sera donné un récépissé.
- Elles doivent impérativement **PARVENIR** au siège du Conseil national, 30 jours au moins avant le jour de l'élection. **La clôture du dépôt des candidatures est donc fixée au mardi 9 février 2016 à 16 heures** (article R.4125-1, 3ème alinéa, du CSP).
- Toute candidature parvenue après l'expiration de ce délai est irrecevable. **Le cachet de la poste ne sera pas pris en compte.**
- Chaque candidat doit indiquer ses nom et prénoms, son adresse, ses titres, sa date de naissance, son mode d'exercice et, le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels.
- Il peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi (facultatif) selon les dispositions de l'article R.4123-2 du code de la santé publique : «Celle-ci, rédigée en français sur une page qui ne peut dépasser le format de 210 x 297 mm en noir et blanc, ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'ordre en application de l'article L.4121-2». Cette profession de foi sera ensuite jointe à la liste des candidats diffusée aux électeurs et qui servira de bulletin de vote.

#### RETRAIT DE CANDIDATURE :

Le retrait de candidature ne pourra intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi des instruments de vote (article R.4125-1 du CSP).

#### SONT ÉLIGIBLES :

Les sages-femmes inscrites au tableau d'un conseil départemental situé dans le ressort de l'un des secteurs 3 ou 5 concernés par l'élection et à condition :

- de posséder la nationalité française ou d'être ressortissant de l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
  - d'être à jour de leur cotisation ordinale.
- Secteur 3 : départements 14, 22, 27, 29, 35, 44, 49, 50, 53, 56, 61, 72, 76, 85  
Secteur 5 : départements 01, 04, 05, 06, 07, 13, 25, 26, 38, 39, 42, 69, 70, 73, 74, 83, 84, 90

#### NE SONT PAS ÉLIGIBLES :

Les sages-femmes faisant ou ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire définitive et non amnistiée prononcée conformément à l'article L.4124-6 du code de la santé publique ou à l'article L.145-2-1 du code de la sécurité sociale.

#### SONT ÉLECTEURS :

Pour chacun des secteurs, les membres titulaires des conseils départementaux situés dans le secteur concerné. Le vote a lieu par correspondance. Il est adressé ou déposé, obligatoirement, au siège du Conseil national. Le scrutin prend fin le jour de l'élection, soit le jeudi 10 mars 2016 à 10h00. Tout bulletin parvenu après cette date ne sera pas comptabilisé.

**Le dépouillement et les résultats : Le dépouillement aura lieu, en séance publique, le jeudi 10 mars 2016 à partir de 10h05 au siège du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes - 168 rue de Grenelle, 75007 PARIS.**

## Appel à candidatures

### ELECTION COMPLÉMENTAIRE D'UN MEMBRE SUPPLÉANT DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES ELECTIONS DU 24 MARS 2016

En application de l'article R.4122-6 du code de la santé publique, les membres du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes se réuniront le **jeudi 24 mars 2016 à 10h00** pour élire un membre suppléant au sein de la chambre disciplinaire nationale. Cette juridiction, placée auprès du Conseil national, doit comporter, outre un Président magistrat, 4 membres titulaires et autant de membres suppléants élus par le Conseil national.

Un membre suppléant du collège interne ayant démissionné de ses fonctions, il y a lieu d'élire un nouveau membre à ce poste. Il restera en fonction jusqu'à la date à laquelle aurait expiré le mandat du membre démissionnaire, soit au 19 juin 2018, date du prochain renouvellement de la chambre disciplinaire nationale.

#### ELECTEURS ET VOTES :

- Sont électeurs les membres du Conseil national.
- Le vote a lieu à bulletin secret. Le dépouillement est public. L'élection est acquise à la majorité simple des membres présents du Conseil national. En cas d'égalité des voix, le plus âgé des candidats est proclamé élu.

#### ÉLIGIBILITÉ ET DÉPÔT DES CANDIDATURES POUR LE COLLÈGE INTERNE :

- Sont seuls éligibles au collège interne de la chambre disciplinaire nationale les membres du Conseil national.
- Ne peuvent donc se présenter à cette élection que les personnes ayant décidé de déposer leur candidature pour l'élection du 10 mars 2016 des membres représentants les secteurs 3 et 5 au sein du Conseil national. En cas d'échec à cette dernière, leur candidature à la chambre disciplinaire nationale sera retirée.**

Les candidats pour le collège interne de la chambre disciplinaire nationale doivent par ailleurs être de nationalité française et à jour de leur cotisation ordinale.

#### NE SONT PAS ÉLIGIBLES :

Les sages-femmes faisant ou ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire définitive et non amnistiée prononcée conformément à l'article L.4124-6 du code de la santé publique ou à l'article L.145-2-1 du code de la sécurité sociale.

#### INCOMPATIBILITÉS DE FONCTIONS :

Il est interdit de cumuler les fonctions de membre de la chambre disciplinaire nationale et de membre d'une chambre disciplinaire de 1ère instance (article L.4122-3 du CSP).

#### ACTE DE CANDIDATURE :

- Le candidat doit obligatoirement indiquer dans sa lettre de candidature :
- ses nom et prénoms, son adresse, ses titres, sa date de naissance, son mode d'exercice et, le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels;
  - ses fonctions actuelles ou anciennes au sein de l'Ordre.

**Un même candidat au Conseil national et à la Chambre disciplinaire doit rédiger deux actes de candidature distincts qu'il peut placer dans une seule enveloppe.**

Le candidat peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi (facultatif) selon les dispositions de l'article R.4123-2 du code de la santé publique : «Celle-ci, rédigée en français sur une page qui ne peut dépasser le format de 210 x 297 mm en noir et blanc, ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'ordre en application de l'article L.4121-2». Cette profession de foi sera ensuite jointe à la liste des candidats diffusée aux électeurs et qui servira de bulletin de vote.

#### ENVOI ET DATE LIMITE DE LA CANDIDATURE :

Les candidats se font connaître, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à la Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (168 rue de Grenelle, 75007 PARIS), revêtue de leur signature. La lettre peut aussi être déposée au Conseil national. Il en sera donné un récépissé.

La candidature doit impérativement **PARVENIR** au siège du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, 30 jours au moins avant le jour de l'élection, c'est à dire le mardi 23 février 2016 à 16h00. Toute candidature parvenue après l'expiration de ce délai est irrecevable. Le cachet de la poste ne sera pas pris en compte.

ELECTIONS DU 10 MARS 2016 DES REPRESENTANTS DES SECTEURS 3 ET 5  
SIEGEANT AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Nom : .....

Prénom : ..... Date de naissance : / /

Adresse : .....

Numéro national :  Département d'inscription : 

Titres : .....

Mode d'exercice : .....

Fonctions dans les organismes professionnels (le cas échéant) : .....

Fait acte de candidature pour être membre du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes en tant que représentant

du : Secteur 3  Secteur 5  Signature : **Bulletin à retourner au plus tard le 9 FEVRIER 2016 à 16 h 00 par lettre RAR adressée à la Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes – élections nationales – 168 rue de Grenelle – 75007 PARIS****Rappel : Un même candidat au Conseil national et à la Chambre disciplinaire nationale doit rédiger deux actes de candidature distincts qu'il peut placer dans une seule enveloppe.**ELECTION DU 24 MARS 2016 D'UN MEMBRE SUPPLEANT DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE  
DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Nom : .....

Prénom : ..... Date de naissance : / /

Adresse : .....

Numéro national :  Département d'inscription : 

Titres : .....

Mode d'exercice : .....

Fonctions dans les organismes professionnels (le cas échéant) : .....

Fonctions ordinaires actuelles ou antérieures (en précisant) : .....

Fait acte de candidature aux fonctions de membre suppléant du collège interne de la Chambre disciplinaire nationale.

Date : ..... Signature : **Bulletin à retourner au plus tard le 23 FEVRIER 2016 à 16 h 00 par lettre RAR adressée à la Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes – élections nationales – 168 rue de Grenelle – 75007 PARIS****Rappel : Un même candidat au Conseil national et à la Chambre disciplinaire nationale doit rédiger deux actes de candidature distincts qu'il peut placer dans une seule enveloppe.****Ne peuvent se présenter à cette élection que les personnes ayant décidé de déposer leur candidature pour l'élection du 10 mars 2016 des membres représentants les secteurs 3 et 5 au sein du Conseil national.**

## INFORMATIONS ORDINALES

## La cotisation ordinaire 2016

## LA COTISATION :

Le montant de la cotisation ordinaire 2016 a été fixé à 147€. Conformément à l'article L. 4122-2 du code de la santé publique, cette cotisation est obligatoire.

Toute sage-femme inscrite à l'Ordre doit être à jour de sa cotisation.

Par ailleurs, pour les sages-femmes titulaires d'une pension de retraite âgées de 60 à 70 ans, n'exerçant plus la profession de sage-femme et qui souhaitent néanmoins rester inscrites au tableau de l'Ordre, il est exigé le paiement d'une demi-cotisation. Pour l'année 2016, celle-ci s'élève à 73.50€. Les sages-femmes inscrites au tableau, sans activité et âgées de 70 ans et plus, sont exonérées de la cotisation. La situation des intéressé(e)s est constatée au 1er janvier 2016.

## CONSEIL DÉPARTEMENTAL CONCERNÉ PAR LE PAIEMENT :

**Toute sage-femme inscrite à l'Ordre doit verser sa cotisation 2016 auprès du conseil départemental où elle est inscrite à la date du 1er janvier 2016.**

## DATE D'EXIGIBILITÉ :

Conformément à l'article L. 4122-2 du code de la santé publique et au règlement de trésorerie du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, la cotisation est



exigible au 1er janvier 2016 et doit être réglée au plus tard le 31 mars 2016.

## RÉPARTITION :

La cotisation est répartie comme suit : 91€ pour le Conseil national dont 1€ pour la chambre disciplinaire nationale ; 45€ pour les conseils départementaux ; 11€ pour les conseils interrégionaux dont 5.50€ pour la chambre disciplinaire de première instance.

## CADUCÉE ET TIMBRE 2016 :

Le paiement de la cotisation ordinaire annuelle ainsi que de tout arriéré de cotisations conditionnent la délivrance du caducée et du timbre à coller sur votre carte d'identité professionnelle.

Anne-Marie Curat

### Modifications apportées à la liste des titres de formation et fonctions autorisés par le Conseil national

(Modifications apportées lors des réunions du Conseil national  
du 19 novembre 2015)

Mentions	Intitulé du diplôme	Université
Rééducation périnéale	DIU "Rééducation Pelvi-Périnéale"	Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie-PARIS VI "Les Cordelier"-15 rue de l'Ecole de Médecine-75006 PARIS <a href="http://www.fmpmc.upmc.fr">www.fmpmc.upmc.fr</a>

### Droits sexuels et reproductifs : des réticences subsistent de la part de certains Etats membres

LA COMMISSION EUROPÉENNE PRÉSENTERA AU COURS DU PREMIER SEMESTRE 2016 LA VERSION DÉFINITIVE DE SON PLAN D'ACTION 2016-2020 EN FAVEUR DE L'ÉGALITÉ HOMME/FEMME. SI LE CONSEIL DES MINISTRES DE L'UNION EUROPÉENNE (UE) S'EST ÉGALEMENT PRONONCÉ EN FAVEUR D'UN RENFORCEMENT DE L'ÉGALITÉ DES GENRES DANS LA POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT, LA QUESTION DES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS BUTE TOUJOURS SUR L'OPPOSITION DE CERTAINS ÉTATS MEMBRES.

La Commission européenne a présenté le 22 septembre 2015 le document de travail genre pour la période 2016-2020. Il met en place une stratégie qui vise à promouvoir l'égalité homme/femme et le respect des droits sexuels et reproductifs dans la politique de développement de l'UE.

L'égalité entre hommes et femmes au sein de la politique de développement de l'UE devrait être plus ambitieuse pour la période 2016-2020. En effet, selon Neven Mimica, Commissaire européen en charge du développement, "La décision d'adopter des plans d'action genres renforcera l'engagement de l'Europe en faveur de l'émancipation de femmes et des filles et de l'égalité".



Le 26 octobre 2015, les ministres européens en charge du développement ont validé l'approche de la Commission européenne. Dans leurs conclusions, ils ont adopté quatre objectifs principaux, parmi lesquels figure l'objectif d'assurer aux filles et aux femmes une intégrité physique et psychologique.

Toutefois, et alors que la Commission prévoyait d'inclure une référence explicite au droit à l'avortement, le document de travail du Conseil ne va pas si loin. Il plaide très clairement pour "la promotion, la protection et le respect du droit de chaque individu de décider librement et en toute responsabilité sur les sujets touchants à leur sexualité et à leur santé sexuelle et reproductive, en étant libre de toute discrimination, contrainte ou violence". Si le consensus semble large parmi les États membres, la question des droits sexuels et reproductifs se heurte toujours aux réticences de certains pays, notamment Malte.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 222 millions de femmes dans le monde n'ont aujourd'hui aucun contrôle sur leurs droits sexuels et reproductifs. Cette absence de contrôle entraîne la mort de 130 femmes chaque jour dans le monde. Ce sujet est d'autant plus délicat qu'il n'est pas pris en compte dans la définition des Objectifs du millénaire pour le développement, où seul l'accès à la contraception figure dans les moyens de lutte contre les décès liés à la grossesse.

Il ne l'est toujours pas dans les nouveaux objectifs de développement durable (ODD). Pourtant, la question des droits sexuels et reproductifs, en particulier des femmes, reste un des enjeux fondamentaux de la politique de développement.

Les Pays-Bas, qui exerceront la présidence du Conseil de l'UE et prendront la suite du Luxembourg en janvier 2016, pourraient s'emparer du sujet et s'engager en faveur de l'adoption d'un agenda politique ambitieux à l'échelle européenne.



De son côté, la Commission européenne présentera la version définitive du plan d'action 2016-2020 en faveur de l'égalité homme/femme au cours du premier semestre 2016.

*Marianne Benoit Truong Canh et Jean-Marc Delahaye*

### Taux optimal de césarienne : l'OMS recommande une évolution

Dans une récente déclaration, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a appelé à revoir le taux optimal de césarienne défini entre 10 et 15% en 1985.

Au regard de plusieurs études internationales, les auteurs estiment que le taux à ne pas dépasser est d'environ 19 césariennes pour 100 naissances vivantes. Ils rappellent toutefois que le recours à l'accouchement par césarienne est de plus en plus fréquemment utilisé et que comme toute intervention chirurgicale, cette pratique est associée à



des risques à court et à long termes pouvant perdurer plusieurs années après l'accouchement et affecter la santé de la femme et de son enfant ainsi que les grossesses ultérieures.

L'OMS propose enfin d'adopter le système de classification de Robson comme système international de référence pour l'évaluation, la surveillance et la comparaison des taux de césarienne. Ce système classe les femmes en fonction de leurs caractéristiques obstétricales, permettant ainsi de comparer les taux de césariennes en limitant les facteurs de confusion. L'OMS élaborera des recommandations sur son utilisation, sa mise en œuvre et son interprétation.

## Maison de naissance : interview de Bénédicte de Thysebaert, sage-femme exerçant à Namur

“L’ATTITUDE QUE L’ON A VIS-À-VIS LE LA NAISSANCE EST RÉVÉLATRICE DES VALEURS D’UNE SOCIÉTÉ”

J. Gélis



“*L’accompagnement prodigué par les sages-femmes est reconnu comme une pratique d’excellence dont le rapport coût/bénéfice est sans équivalence.*”

Il existe en Belgique une douzaine de maisons de naissance. Les premiers travaux sur les projets de maisons de naissance ont coïncidé avec un véritable repositionnement de la profession de sage-femme en Belgique. **Comment sont apparues les premières maisons de naissance en Belgique ?**

Suite au Congrès de Sages-femmes du Monde à Biarritz en 1995, une intervention d’Isabelle Brabant sur les projets pilotes des maisons de naissance au Québec nous avait complètement convaincus de l’utilité d’en ouvrir plusieurs dans notre pays.

Un groupe qui réunissait les sages-femmes francophones et flamandes s’est créé et s’est réuni régulièrement pendant plusieurs années.

Une définition de la maison de naissance a été protégée dans notre pays.

Les premières maisons de naissance sont apparues en Belgique au début des années 2000. Le nombre de naissances restaient généralement en-dessous de 100 par an. Certaines maisons de naissance ont bénéficié, après remise d’un dossier, d’un petit subside du Ministre de la Santé.

Il n’y a pas de loi à proprement parler pour organiser les maisons de naissance, ni de remboursement spécifique. La loi qui régit la profession de sage-femme l’autorise à travailler en autonomie pour une femme et un bébé en bonne santé mais le lieu de pratique n’est pas spécifié. Le remboursement tant du suivi pré-per et postnatal est assuré intégralement comme pour les actes pratiqués par les sages-femmes à domicile ou à l’hôpital. La première maison de naissance intra-hospitalière s’est ouverte au sein d’un hôpital universitaire de Bruxelles en 2014 avec une moyenne de 30 naissances par mois.

### **Pourquoi le rôle des sages-femmes est-il si important au sein des maisons de naissance ?**

En Belgique l’obstétrique est encore “aux mains” des gynécologues qui pratiquent la grande majorité des accouchements, même en cas d’eutocie.

L’accompagnement global par sage-femme est peu accessible dans les hôpitaux, l’accès au plateau technique restant rare.

La définition de la maison de naissance est bien “une institution de santé primaire tenue et gérée par des sages-femmes...” il est donc évident que le rôle des sages-femmes y est primordial puisque c’est elles qui vont faire tout le travail de suivi, de préparation, de suivi de

travail, de pratique d’accouchement, de postpartum... La gestion est également sous leur responsabilité. Ceci est important afin de leur laisser l’autonomie quant aux protocoles, temps de prise en charge...

Le fil rouge de toute la pratique en maison de naissance est basé sur les besoins des couples et des bébés, tout en respectant le cadre légal de la profession et les limites que les sages-femmes décident ensemble en s’aidant de l’EBM (Evidence-Based Medicine).

### **Quelles sont les difficultés rencontrées par les sages-femmes exerçant en Belgique au sein des maisons de naissance ?**

Essentiellement se faire connaître au sein de la population et des équipes hospitalières.

Puis sortir du “prêt à penser” qui est proposé par tous les hôpitaux, médecins et même par les médias : se faire suivre et se faire accoucher par son gynécologue et ne surtout pas se poser de questions sur des choix potentiels. Les difficultés surviennent surtout lors de la création de la maison de naissance quand certains gynécologues réalisent qu’une maison de naissance s’ouvre près de chez eux et peuvent craindre de voir partir leur patientèle vers des modèles de prise en charge plus personnalisés, plus respectueux des besoins des couples.

La collaboration s’installe mieux si les sages-femmes des maisons de naissance sont déjà connues des équipes hospitalières et y ont, par exemple, travaillé auparavant.

### **Comment les maisons de naissance sont-elles perçues en Belgique ?**

Elles trouvent doucement leur place.

Les maisons de naissance qui ont déjà quelques années d’existence ont eu le temps de collaborer et de gagner la confiance des médecins et sages-femmes de l’hôpital. Trois prises de conscience sont des leviers de ce changement :

- Le suivi très poussé des grossesses permet aujourd’hui plus qu’hier d’avoir des prises en charge d’accouchement par sage-femme en sécurité car sans pathologie repérée et avec un accompagnement d’une sage-femme connue en qui le couple a confiance.



L’Arche de Noé, maison de naissance à Namur

- Le respect du processus physiologique (donc sans intervention pour accélérer le rythme de cette naissance-là) augmente réellement les chances d’une naissance en santé. Les statistiques le prouvent et celles en maison de naissance sont officielles et excellentes.

- La violence est partout dans nos sociétés et les couples ont bien conscience que les conditions de l’accueil de leur bébé sont importantes. Ils cherchent dès lors à optimiser leurs chances pour une naissance respectée.

### **Peut-on espérer voir ce mode de prise en charge se généraliser partout en Europe ?**

Maintenant que les mamans et les bébés sont “scannés” comme jamais, c’est le bon moment pour envisager ce type de suivi, d’autant plus que l’accompagnement prodigué par les sages-femmes est reconnu comme une pratique d’excellence dont le rapport coût/bénéfice est sans équivalence.

L’EBM est de plus en plus accessible tant pour les professionnels que pour les parents.

Elle est un socle solide et reconnu qui permet d’envisager avec ces repères une profession de sage-femme postmoderne qui tient compte à la fois du savoir ancestral et des techniques modernes, le tout dans un lieu qui permet cette identité propre et donc avec une sage-femme vraiment gardienne de la physiologie et de l’eutocie.

# INFORMATIONS GÉNÉRALES

## L'exposition au Distilbène : une "maladie rare" dont les conséquences évoluent

### POURQUOI PARLER ENCORE DU DES ?

Le DES a été prescrit en France de 1950 à 1977 aux femmes enceintes dans le but d'éviter les fausses couches et d'autres complications de grossesse. Des effets secondaires sont apparus à partir des années soixante-dix : adénocarcinome à cellules claires du col ou du vagin puis anomalies de la fertilité et des grossesses chez les "filles DES", exposées in utero.

**L'histoire du DES n'est pas close ; les conséquences de cette exposition évoluent pour les trois générations.** En France :

- 200 000 femmes ont pris du DES lors de leur(s) grossesse(s) entre 1950 et 1977, constituant la "1<sup>ère</sup> génération DES" : les "mères DES".
- 160 000 enfants exposés in utero sont nés, "2<sup>ème</sup> génération DES" : ce sont les "filles et fils DES", âgés de 38 à 65 ans en 2015.
- Les "petits-enfants DES", les enfants des "filles ou fils DES", sont âgés de moins de 46 ans en 2015. C'est la "3<sup>ème</sup> génération DES".

### POURQUOI CE GUIDE PRATIQUE ?

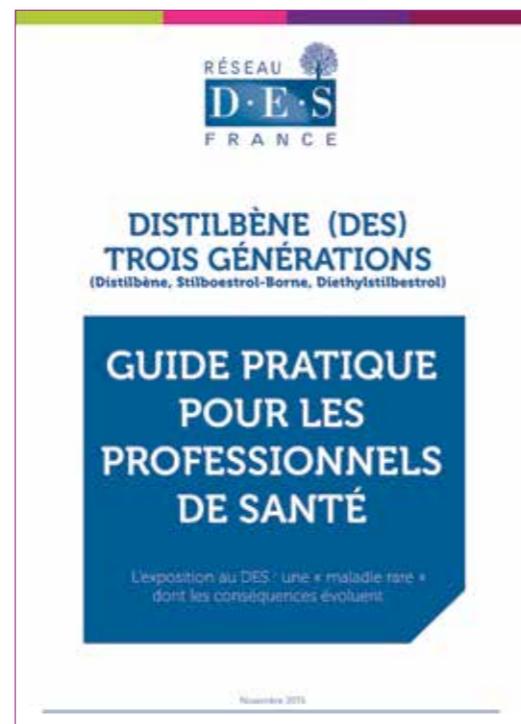
Les complications de l'exposition au DES font partie des "maladies rares" pour lesquelles l'information des professionnels de santé est difficile, d'autant plus que les générations de praticiens à même de prendre en charge ces pathologies se renouvellent.

C'est à partir de ce constat qu'est né ce projet : l'association Réseau D.E.S. France et son conseil scientifique ont élaboré ce document de synthèse des connaissances actuelles qui pourra être obtenu directement sur le site de l'association ([www.des-france.org](http://www.des-france.org)) ou par l'intermédiaire des membres des "familles DES".

### REMARQUE PRÉALABLE

Si l'énumération de toutes les complications possibles du DES peut être impressionnante, il faut rappeler que la grande majorité des membres de "familles DES" ne subiront aucun effet de cette exposition.

**Ce guide comporte deux parties, téléchargeables depuis le site de l'association, [www.des-france.org](http://www.des-france.org) : L'ESSENTIEL, 4 pages : synthèse des connaissances et propositions de prise en charge, à imprimer et à partager avec les professionnels de santé, POUR EN SAVOIR PLUS, 20 pages supplémentaires, destinées aux professionnels de santé : sources d'information, argumentaires, bibliographie, avec des liens internet.**



## ZOOM sur :

### 2<sup>ème</sup> génération "filles DES" exposées in utero

Certaines conséquences du DES ont été rapportées ou confirmées récemment :

- un risque de cancer du sein multiplié par deux
- un taux de dysplasies de haut grade du col de l'utérus ou du vagin multiplié par deux
- un risque éventuel d'Adénocarcinome à Cellules Claires (ACC) du col ou du vagin à un âge avancé alors qu'il était observé avant 30 ans.

Les conséquences sur la fertilité et l'évolution des grossesses, grossesses extra-utérines, fausses couches, surtout tardives et prématurité sont moins observées du fait de l'avancée de l'âge des "filles DES".

### Propositions de prise en charge :

#### ■ Suivi gynécologique annuel

- Examen clinique des seins
- Examen gynécologique :
  - Examen au spéculum : - il peut retrouver les anomalies caractéristiques du DES : adénose, malformations du col ou du vagin .
  - examen du col et des parois vaginales à la recherche de lésions évoquant un ACC.
  - frottis annuel du col et du vagin à poursuivre après 65 ans et après hystérectomie.
- Toucher vaginal : palper du col et des parois vaginales à la recherche d'un nodule. Ce palper est susceptible d'apporter le seul signe d'un ACC lorsque celui-ci est sous muqueux.
- Colposcopie : en cas de lésion suspecte ou de frottis anormal. Elle oriente éventuellement la biopsie.

#### ■ Mammographie

Les "filles DES" ont un risque de cancer du sein multiplié par deux, semblable à celui d'une femme dont une parente au premier degré (mère, sœur ou fille) a eu un cancer du sein. Un tel doublement de risque est considéré comme une augmentation "modeste/modérée" par la HAS qui prépare actuellement des recommandations spécifiques pour ce niveau de risque.

**En pratique :** Le type de dépistage dépendra de l'évaluation du risque individuel de cancer du sein en tenant compte du risque lié au DES et d'autres facteurs de risques éventuels. En fonction du niveau de risque global, il sera proposé de suivre :

- soit le dépistage "standard", mammographie tous les deux ans de 50 à 74 ans,
- soit un dépistage personnalisé (en particulier avec un début des mammographies avant 50 ans).

Entre deux consultations annuelles, consulter sans retard en cas de perte de sang inexplicable ou d'anomalie mammaire.

#### ■ Surveillance des grossesses

Avec des prescriptions en France jusqu'en 1977, des grossesses peuvent être observées jusqu'en 2020 environ. Cette prise en charge est guidée par le diagnostic précoce d'une grossesse extra-utérine puis par la réduction du risque de fausse-couche tardive et de prématurité.

Rappelons que l'assurance maladie a mis en place un congé de type "maternité" spécifique pour les grossesses chez les "filles DES" : indemnisation au taux maternité, dès le 1er jour d'arrêt de travail - Cerfa n° 51178#02.

### 3<sup>ème</sup> génération enfants des "filles DES" "petites-filles DES"

Ce sujet a fait l'objet de plusieurs recherches, la plus récente en France dont les résultats sont rassurants :

- il n'a pas été observé plus d'anomalies génitales chez les "petites-filles DES" que dans des groupes témoins ou dans la population générale.
- il n'a pas été mis en évidence d'anomalies de la fertilité ou de l'évolution des grossesses chez ces "petites-filles DES" qui, en France, ont jusqu'à 46 ans en 2015.

Ces données amènent donc à proposer un suivi gynécologique et obstétrical habituel.

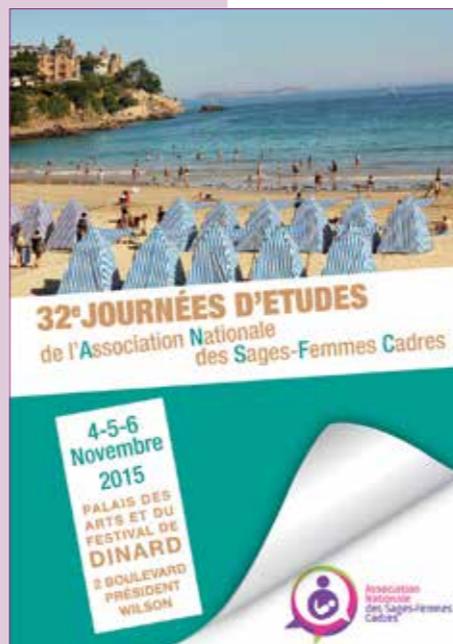
## Journées d'étude de l'ANSFC

Environ 220 sages-femmes étaient présentes pour ces 32èmes journées d'étude proposées par l'ANSFC à Dinard. Du fait des récentes évolutions statutaires, l'Association des sages-femmes cadres a été rebaptisée mais conserve son sigle et devient l'Association Nationale des Sages-Femmes Coordinateurs.

La première journée était consacrée aux paradoxes statutaires et à l'indispensable mutation des sages-femmes assurant l'encadrement et la coordination des équipes de gynécologie-obstétrique après le changement statutaire, tant au sein des maternités publiques que privées : comment les sages-femmes s'inscrivent-elles au cœur des mutations ? La 2ème journée, sous le thème de la performance, l'excellence et la créativité, puis la 3ème journée, consacrée à la laïcité, ont permis d'apporter un éclairage multidimensionnel à ces questions centrales à la vie d'une maternité et aux professionnels qui en font partie.

Organisée sous l'égide de la dynamique présidente de l'ANSFC, Sylvie Leroux, assistée de toute son équipe, dont Martine Chauvière – l'organisatrice locale – ces journées ont été une nouvelle occasion d'apporter une formation de très grande qualité aux sages-femmes qui ont la responsabilité d'encadrer et de coordonner les équipes.

Marie Josée Keller



## Fondation Mustela : deux sages-femmes récompensées par un prix d'une valeur de 5 000 euros



### L'INSTITUTION DE LA FAMILLE CONTEMPORAINE

Sage-femme à la maternité des Bluets (Paris), Hélène Malmanche consacre sa thèse de sociologie, réalisée à l'EHESS/Paris-2, au sujet suivant : "Corps, enfantement, filiation. L'institution de la famille contemporaine".

Le lien entre enfantement, engendrement et filiation est remis en cause par les techniques de procréation médicale assistée (PMA), et c'est ce qui intéresse la chercheuse. À travers une approche pluridisciplinaire alliant investigation anthropologique (observation) et sociologique (conduite d'entretiens), la jeune femme veut comparer l'institution des statuts sociaux à travers les "rites de parentalité" en France, aux États-Unis et en Belgique. Pour cela, elle procédera à une analyse de la littérature médicale et des dispositions juridiques dans ces trois pays.

Elle réalisera également des entretiens avec des professionnels de la maternité des Bluets et du centre hospitalier Saint-Pierre (Belgique) ; des femmes et des hommes ayant recours aux techniques de PMA et des gestatrices nord-américaines ayant porté des enfants pour des couples français.

### FONGICIDES ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

C'est dans le cadre d'une recherche postdoctorale en santé publique à l'INSERM que Rémi Béranger étudie les effets des fongicides sur le développement de l'enfant, en particulier sa croissance intra-utérine, en se basant sur la cohorte nationale mère-enfant Elfe (Étude longitudinale française depuis l'enfance). Si de récentes recherches ont cherché à caractériser les risques liés aux pesticides pour la population, elles se sont limitées à l'exposition alimentaire ou à quelques classes chimiques. En revanche, l'exposition aux fongicides reste mal connue, malgré son usage courant en France (46 % des ventes de produits phytosanitaires, en volume, d'après Eurostat).

À partir de prélèvements de cheveux et de données collectées à la naissance auprès des mères de la cohorte Elfe et en croisant ces données avec d'autres paramètres (mesures échographiques et données anthropométriques de l'enfant, utilisation de pesticides à domicile...), Rémi Béranger se propose d'évaluer pour la première fois en France l'impact de l'exposition intra-utérine aux fongicides azolés et carbamates sur la santé du nouveau-né.



## Sécurité des patients : mise en ligne d'un guide pour les professionnels de santé

Le Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients, qui vise à fournir des ressources pédagogiques pour faciliter la formation des étudiants en santé à la sécurité des soins ainsi que des cadres pédagogiques, des méthodes d'enseignement et d'évaluation de la sécurité des patients, est désormais disponible en ligne :

<http://www.sante.gouv.fr/pnsp-guide-pedagogique-pour-la-securite-des-patients.html>.

Outre la médecine, ce guide couvre également les soins obstétricaux ou encore la pharmacie, les soins dentaires et infirmiers et a notamment bénéficié de la contribution de la Confédération Internationale des Sages-femmes.

## Les actualités de la CNEMMOP

LA CNEMMOP A RÉUNI SON BUREAU LE 20 NOVEMBRE DERNIER  
AFIN DE DÉFINIR LES PROJETS PRIORITAIRES AU COURS DES PROCHAINS MOIS.

La Commission Nationale des Etudes de Maïeutique, Médecine, Odontologie et Pharmacie (CNEMMOP) a été créée et lancée le 27 octobre 2015 par



Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, Najat Vallaud-Belkacem, Ministre de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, et Thierry Mandon, secrétaire d'Etat à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche. La présidente de la Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMa)

et celle de l'Association nationale des étudiants sages-femmes (Anesf) représentent la maïeutique au sein de ce bureau.

Christine Morin, Présidente de la CNEMa, fait le point sur cette instance et les actions prévues au cours de l'année 2016.

### Pouvez-vous définir en quelques mots, la CNEMMOP ?

La CNEMMOP est la fusion de la CPNES (Commission pédagogique nationale des études de santé) et de la CNIMI (Commission nationale de l'internat et du post internat). C'est une commission réunissant de nombreux partenaires autour de la réforme des études médicales et pharmaceutique. Elle a pour vocation de simplifier la gouvernance et de renforcer la cohérence en mettant notamment en place un pilotage conjoint du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Cette instance consultative a notamment pour mission de formuler des propositions concertées sur les évolutions pédagogiques des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie et leurs impacts organisationnels, financiers et statutaires.

### Quelle est l'actualité de la CNEMMOP ?

Les thèmes prioritaires identifiés par le bureau portent notamment sur la réforme du 3ème cycle des études médicales, la PACES et le Numerus Clausus, la formation continue ou encore la réforme des stages (l'ambulatoire en 2ème cycle des études médicales, le maître de stage, l'organisation et l'évaluation des stages, la question des capacités d'accueil). Certains de ces dossiers étant abordés dans le cadre de la Grande Conférence de la Santé, ils seront intégrés à la feuille de route de la CNEMMOP au printemps, lorsque les conclusions seront rendues.

Pour la réforme des stages, chaque filière doit effectuer un travail préparatoire en partant du référentiel métier et compétences. La CNEMa est ainsi chargée de déterminer comment la profession de sage-femme pourrait évoluer.

### Quels en sont les enjeux pour la profession de sage-femme ?

Le premier enjeu est de voir la maïeutique représentée au sein de cette commission, au même titre que les autres deux filières médicales. Ainsi, la CNEMa a d'ores et déjà fait part du problème de l'absence de reconnaissance de la filière maïeutique en tant que discipline académique consubstantielle à l'absence de recherche en maïeutique. La CNEMa a souligné également l'importance du dossier concernant les stages mais aussi la question fondamentale des critères de sélection de la PACES qui ne correspondent pas au centre de gravité des compétences à priori requises pour exercer une profession médicale. Le deuxième enjeu est d'importance car tous les travaux seront pensés en prenant en compte, à chaque fois, les quatre disciplines représentées au sein de la CNEMMOP sur les plans pédagogique, organisationnel, statutaire et financier.

## Les conditions d'emploi des agents non titulaires de la fonction publique hospitalière : les apports du décret n°2015-1434 du 5 novembre 2015

LE DÉCRET DU 5 NOVEMBRE 2015 TEND À RENFORCER LE STATUT DES AGENTS NON-TITULAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE ET À OCTROYER À CES DERNIERS DES GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES.

### POINTS CLÉS :

- A l'instar des agents titulaires, les agents contractuels en CDI ou en CDD depuis plus d'un an bénéficieront désormais chaque année d'un entretien professionnel qui donnera lieu à un compte-rendu.
- Le contrat conclu entre l'agent contractuel et l'administration devra préciser les éléments suivants : date d'effet, durée, poste occupé, catégorie hiérarchique dont relève l'emploi, durée de la période d'essai, conditions d'emploi de l'agent et notamment modalités de rémunération, droits et obligations de l'agent. Un modèle de contrat comportant l'ensemble de ces stipulations sera fixé par un arrêté ministériel à paraître.
- Les contrats pourront comporter une période d'essai permettant à l'administration d'évaluer les compétences de l'agent dans son travail et à ce dernier d'apprécier si les fonctions occupées lui conviennent. Le décret encadre la durée de la période d'essai qui est calculée en fonction de la durée initiale du contrat.
- Les motifs de licenciement sont clarifiés. En outre, dans un certain nombre de cas de licenciement (inaptitude physique, pour suppression ou transformation d'emploi...), l'administration sera désormais tenue de tenter de reclasser l'agent avant de le licencier.
- Des commissions consultatives paritaires compétentes à l'égard des agents contractuels sont désormais instaurées. Il en sera créée une par département, par le directeur régional de l'Agence Régionale de Santé qui en confiera la gestion à un établissement public de santé du département. Elles seront composées d'un nombre égal de représentants de l'administration et de représentants des personnels contractuels. Elles seront notamment saisies dans le cadre de licenciements intervenant après la période d'essai, de reclassements, de sanctions disciplinaires autres que le blâme et l'avertissement.

### ZOOM : LA RÉMUNÉRATION DES AGENTS CONTRACTUELS

- La rémunération des agents contractuels, au contraire de celle des fonctionnaires, n'est réglementée par aucun texte à portée générale. Elle est fixée contractuellement, en négociation avec l'employeur.
- Ainsi, les agents non titulaires ne perçoivent pas un traitement fixé par des grilles indiciaires comme les fonctionnaires. De même, ils ne bénéficient pas des mêmes primes et indemnités que les fonctionnaires.
- A ce titre, le texte du 5 novembre 2015 précise que "Le montant de la rémunération est fixé par l'autorité administrative, en prenant en compte, notamment, les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience. La rémunération des agents doit faire l'objet d'une réévaluation au minimum tous les trois ans, notamment au vu des résultats de l'entretien professionnel."

Agathe Bougault

**Clara de Bort :  
une médecine bientraitante est possible**

Début 2015, il est révélé que dans certains établissements, des étudiants en médecine pratiqueraient des touchers pelviens sur des patients endormis sans que ceux-ci en soient informés. La polémique enfle et les commentaires affluent, certains niant, minimisant voire justifiant cette pratique. Clara de Bort, cheffe de la Réserve sanitaire (EPRUS) lance alors une pétition appelant à un respect strict du consentement des patients, qui réunira plus de 7000 signatures.



**En février 2015, vous êtes une des premières à dénoncer les touchers pelviens sans consentement, notamment en lançant une pétition au retentissement médiatique important. Qu'est-ce qui vous pousse à agir ?**

J'ai été alertée par le conjoint d'une femme qui venait de subir un toucher vaginal particulièrement "déplacé", c'est-à-dire sans consentement ni égards. Il m'a signalé le document pédagogique d'une grande faculté de médecine qui présentait, sans ambiguïté, l'apprentissage du toucher vaginal "au bloc sur patiente endormie". J'ai appris depuis que c'était un secret de polichinelle,

mais à l'époque je n'en avais pas conscience. Je pensais naïvement que le consentement était une affaire acquise, et qu'il fallait seulement apporter une attention particulière aux situations limites définies par la loi, comme en psychiatrie, en pédiatrie. Je suis tombée de haut quand j'ai constaté le flot de réactions, et j'ai donc décidé de rédiger une tribune collective et une pétition.

**Certains membres de la communauté médicale ont minimisé les faits, estimant que c'était une étape indispensable à la formation des professionnels. Comment percevez-vous ces propos ?**

Ce sont précisément ces arguments qui nous ont donné l'envie et la force d'agir et qui se sont finalement retournées contre leurs auteurs. Car tant que les justifications et minimisations restent dans l'entre-soi, elles tournent en boucle et rien n'avance. Mais dès qu'elles sont affichées publiquement, en réponses à nos légitimes demandes et en contradiction avec le Droit, elles soulèvent l'indignation générale. Comment justifier que le consentement s'arrête au bloc opératoire, voire à la porte du CHU ? Comment justifier qu'un bon enseignement est un enseignement qui fait fi des droits fondamentaux ? Comment justifier que des professeurs incitent des jeunes en plein apprentissage à laisser l'éthique au vestiaire là où ils devraient précisément leur montrer la voie ? Comment justifier que des médecins, jeunes et moins jeunes, utilisent des arguments d'autorité, des arguments sexistes, des jugements moraux, face au rappel que nous leur adressons selon lesquels "mon corps m'appartient" ? Non, nous ne sommes ni hystériques ni pudibondes lorsque nous exigeons de savoir qui et pourquoi envisage de nous pénétrer (et plus généralement nous soigner). Oui, nous avons le droit de dire non, sans que l'on nous accuse de mettre en péril la formation des futurs médecins.

“*Rechercher la bientraitance, c'est donner une chance à une rencontre authentique, avec le patient*”

**L'Ordre des sages-femmes a immédiatement cosigné votre tribune. Valorisez-vous l'engagement de cette instance ?**

Oui, l'engagement de l'Ordre des sages-femmes et de sa Présidente, Marie Josée Keller, a été très clair et tout à fait immédiat. Cela a donné du poids, indéniablement, à nos revendications. Nous agissons en citoyens, mais notre vœu le plus cher est que nos combats soient soutenus, amplifiés, et finalement repris par les institutions, car ce sont elles qui pourront imprégner des changements durables. Alors bien sûr on nous a renvoyé l'argument classique du "médecin bashing", argument qui ne tient pas, d'autant que de nombreux médecins nous soutiennent.

Je n'en veux pas aux médecins, au corps médical dans son ensemble. Je leur en veux d'autant moins que je sais qu'une médecine bientraitante est possible.

**Le Ministère a récemment annoncé la mise en place d'une mission IGAS/IGAENR<sup>1</sup> sur le sujet. Est-ce suffisant selon vous ?**

Je pense que c'est un signal fort, qui va permettre de faire le point sur les pratiques d'enseignement de ce type de gestes. Pour autant, ce ne sera pas suffisant, mais la balle est désormais dans le camp des organisations professionnelles. Tant que les sociétés savantes ne prendront pas à bras le corps ces sujets, ceux-ci resteront accessoires. L'abord du patient, de la patiente, est un sujet tout aussi sérieux et central dans la pratique que les évolutions scientifiques, technologiques et

cliniques. Or ce n'est ni enseigné, ni – jamais – acquis. L'intention du professionnel de santé, si bonne soit elle, ne suffit pas à être bientraitant. La bientraitance n'est pas une qualité morale, c'est une somme de gestes, de paroles, qui s'apprend, s'évalue, s'enseigne. Ce n'est pas facile, et certains patients renvoient parfois des choses assez pénibles au professionnel chargé de prendre soin de lui. Le travail en équipe, la conscience de soi, de sa subjectivité, de ses limites, représentent quelques protections intéressantes.

**Quelles autres pistes, selon vous, faudrait-il explorer afin de favoriser la bientraitance ?**

La bientraitance est le défi le plus grand auquel fait face la médecine d'aujourd'hui. Contrairement à certains, je ne pense pas que le système va s'améliorer "de lui-même", comme si cette médecine que nous dénonçons était une médecine "d'un autre âge". C'est bien la médecine du XXIe siècle qui "fabrique" cette maltraitance : l'evidence based medicine, qui présente tant d'intérêts thérapeutiques, pousse à la standardisation des soins et à l'effacement de la subjectivité du patient et du professionnel. C'est la biologie, l'imagerie, et la statistique qui parlent. Intégrer là-dedans la prise en compte de la singularité du patient exige un véritable "grand écart" mental.

En avoir conscience, être formé dès les débuts de son parcours puis tout au long de la vie à l'éthique, en particulier pour les spécialités d'organe, devient absolument incontournable. C'est aussi une chance pour le professionnel, car rechercher la bientraitance, c'est donner une chance à une rencontre authentique avec le patient.

<sup>1</sup> Inspection générale des affaires sociales/Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

## Les sages-femmes, les mineures et la contraception

Rappelons, si tant est que cela soit encore nécessaire, que depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, l'exercice de la profession de sage-femme peut également comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention auprès des femmes (sous réserve, en cas de pathologie, d'adresser la patiente à un médecin). Dans ce cadre, les sages-femmes sont autorisées à prescrire tous les contraceptifs locaux et hormonaux auprès des femmes en bonne santé.

Dès lors, les sages-femmes forment l'un des principaux acteurs de l'information, de l'accès et du suivi des patientes mineures en matière de contraception.

Porter un regard juridique sur les soins délivrés aux mineurs, c'est porter un regard sur les notions juridiques aussi complexes que complémentaires que sont la "minorité", l'"autorité parentale", "le droit à l'information du patient", "le consentement libre et éclairé du patient", "le secret professionnel", "la volonté", "le refus de soins" ou encore "le droit au silence".

Sans s'attacher à définir chacune d'entre elles, nous avons souhaité en retracer les grandes lignes afin de vous apporter un éclairage quant au champ d'intervention des sages-femmes auprès des mineures en particulier en matière de contraception.

Si traditionnellement, dans le cadre de l'autorité parentale, les parents ont la charge de la protection de la santé du mineur, ce dernier, s'est vu, au fil des évolutions sociétales et législatives, érigé en véritable acteur de sa santé. La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner" marque le renforcement de la participation et, dans certains cas, de l'action des patients mineurs au processus décisionnel les concernant en matière de santé.

Le domaine de la contraception en constitue la parfaite illustration. C'est ainsi que les questions liées au secret

des soins délivrés, à l'anonymat et à la gratuité des soins se sont avérées fondamentales dans l'accès à la contraception pour les adolescentes mineures.

### Principe

**Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale de consentir à tout traitement.**

Si l'accord d'un des parents suffit pour un acte médical dit "courant", le consentement des deux parents est requis s'agissant d'un acte médical dit "grave" (opération chirurgicale par exemple).

En outre, au regard de son degré de compréhension et de maturité le mineur a le droit d'être informé quant à son état de santé. La transmission et l'accès au dossier médical du mineur sont, quant à eux et par principe, exercés par les parents du patient mineur.

La nécessité du consentement à l'acte médical trouve un écho dans le code de déontologie des sages-femmes. En effet, l'article R.4127-330 du code de la santé publique énonce qu' "(...) une sage-femme appelée à donner des soins à une mineure (...) doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, ou si ceux-ci ne peuvent être joints, elle doit donner les soins nécessaires. Dans tous les cas, la sage-femme doit tenir compte de l'avis de la mineure (...)".

### Exception

Sans remettre véritablement en cause l'exigence du consentement des titulaires de l'autorité parentale, le législateur de 2002 (article L.1111-5 du code de la santé publique) dispense le professionnel de santé d'obtenir le consentement de ces derniers, lorsqu'un mineur a exprimé son opposition à l'information de ses parents afin de garder le secret sur son état de santé.

Dans ce cas, le professionnel de santé doit, après avoir tenté de convaincre le mineur de changer d'avis, prodiguer les soins requis par son état de santé. Le mineur devra alors être accompagné d'une personne majeure de son choix.

De même, soulignons que, par exception, le mineur peut s'opposer à la transmission de son dossier médical aux titulaires de l'autorité parentale.

Si aujourd'hui l'article L.1111-5 précité ne vise explicitement que les médecins, l'actuel projet de loi de santé tend à modifier cette disposition afin de consacrer explicitement la faculté pour la sage-femme d'assurer le suivi d'une grossesse et de réaliser l'accouchement d'une mineure lorsque cette dernière souhaite garder le secret de sa parturition à l'égard du ou des titulaires de l'autorité parentale.

**L'ensemble de ces dispositions textuelles s'inscrit dans une véritable reconnaissance de l'autonomie juridique du patient mineur.**

Enfin, en cas d'urgence ou en cas de refus de traitement par un représentant légal qui pourrait entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le professionnel de santé doit agir dans l'intérêt de l'enfant et doit, même en l'absence du consentement des représentants légaux de l'enfant, délivrer à ce dernier les soins nécessaires.

### Contraception

En ce domaine, le code de la santé publique, énonce, dans son article L.5134-1 que : "le consentement des titulaires de l'autorité parentale, ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures". Dans chacune de ces situations, la sage-femme est tenue au secret professionnel.

En outre, sous réserve des conditions énoncées par le code de la santé publique, les mineures peuvent béné-

ficier de la contraception d'urgence au sein des centres de planification et d'éducation familiale ou en milieu scolaire et universitaire.

**En dehors de toute situation pathologique, la sage-femme peut délivrer et prescrire tous les contraceptifs locaux et hormonaux (y compris la contraception d'urgence) à une patiente mineure qui souhaite entrer ou poursuivre une démarche contraceptive.**

**Plus largement, la sage-femme est habilitée à écouter, conseiller, orienter, assurer le suivi d'une patiente mineure en bonne santé dans le domaine de la gynécologique de prévention et la contraception.**

### FOCUS : IVG

**Depuis la loi du 4 juillet 2001, une mineure peut avoir recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) sans le consentement de ses parents.**

L'actuel projet de loi de santé, toujours en cours d'examen devant le Parlement, consacre une extension du champ de compétence des sages-femmes en la matière, offrant ainsi à ces dernières la faculté de réaliser des IVG médicamenteuses. Toutefois, nous attirons votre attention sur le terme **PROJET DE LOI**. A l'heure actuelle, le projet de loi n'autorise pas les sages-femmes à pratiquer des IVG médicamenteuses. En effet, tant que la LOI de santé et ses DECRETS d'application ne sont pas entrés en vigueur (autrement dit, publiés), les sages-femmes ne sont pas habilitées à pratiquer les IVG médicamenteuses.

L'entrée en vigueur de ces nouveaux textes devrait intervenir en tout début d'année 2016.

Agathe Bougault

# REVUE DE PRESSE

## Anatomie simplifiée du périnée

Chantal Fabre-Clergue - Editions Sauramps Médical



Chantal Fabre-Clergue est Sage-femme - Sexologue à Marseille et est notamment chargée d'enseignement en périnéologie au sein du Diplôme Universitaire de statique pelvienne et d'urodynamique à la faculté de Nîmes.

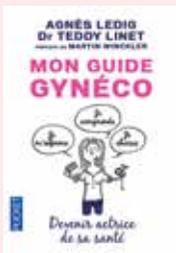
Ce livre constitue un dossier didactique de premier plan utile pour les professionnels de la santé, pour l'enseignement, et pour l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'information des patientes lors des consultations de gynécologie, d'obstétrique, de rééducation ou de sexologie.

Il peut ainsi faciliter la prise en charge de douleurs pelviennes qu'elles soient consécutives à des traumatismes physiques, psychologiques..., et ouvrir des perspectives sexologiques par une meilleure appropriation de son anatomie.

Il aborde d'une façon simple et détaillée les organes génitaux, les muscles du périnée et du pelvis, l'innervation et le nerf pudendaux, la vascularisation, les prolapsus génitaux, le toucher vaginal, le toucher rectal et le périnée et la sexualité. Ce livre est accompagné d'un petit kit de l'anatomie du périnée féminin et d'un DVD qui présente de façon animée et ludique l'anatomie du périnée.

## MON GUIDE GYNÉCO - Devenir actrice de sa santé

Agnès Ledig – Teddy Linet – Editions POCKET



Agnès Ledig est sage-femme, diplômée de la faculté de médecine de Strasbourg et spécialisée en suivi gynécologique de prévention et contraception. Auteur de plusieurs romans, elle publie avec Teddy Linet, gynécologue, un livre pratique préfacé par Martin Winckler destiné aux femmes.

Quelle contraception choisir ? Doit-on faire des mammographies avant 50 ans ? Que penser des polémiques sur la pilule ? Comment choisir son praticien ? Quand consulter ? En apportant des réponses aux questions que se posent les femmes, les auteurs leur permettent d'avoir toutes les cartes en main pour prendre les bonnes décisions.

Ils les accompagnent, de la puberté à la ménopause, vers un suivi gynécologique bienveillant, dans le respect d'elles-mêmes et évincent les idées reçues et les tabous tant sur la contraception que sur le déroulement d'une consultation, les examens qui sont nécessaires et ceux qui le sont moins... Grâce à ce guide ludique, clair et accessible, les auteurs font bénéficier aux lectrices de leur propre expérience et de leurs conseils afin qu'elles deviennent les premières actrices de leur santé.



ORDRE DES SAGES-FEMMES

Conseil National