



Contact

SAGES-FEMMES

INFOS ORDINALES

Les échographies plaisir

p.16

ACTUS INTERNATIONALES

Directive européenne
contre les violences faites
aux femmes

p.20

INFOS GENERALES

Les cyberviolences
conjugales

p.25



N°77 • AVRIL MAI JUIN • 2024 •

La vaccination, outil essentiel de la santé publique

16 « Echographies plaisir » : pas de doute, c'est illégal

Sommaire

■ DOSSIER : LA VACCINATION, OUTIL ESSENTIEL DE LA SANTE PUBLIQUE

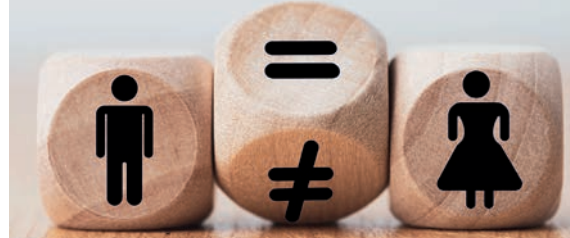
- p.04** La vaccination : un enjeu de santé publique à promouvoir
- p.07** Fiche pratique : Campagne de désinformation vaccinale
- p.08** Lettre juridique : Vaccination obligatoire des enfants et responsabilité de la sage-femme
- p.10** Interview d'une sage-femme engagée pour la santé publique

■ INFORMATIONS ORDINALES

- p.12** Des échanges prometteurs avec le nouveau ministre de la santé
- p.13** Remaniement ministériel : deux ministres pour la santé
Maisons de naissance : une situation bloquée
- p.14** Constitutionnalisation de l'IVG
- p.15** Recevez-vous les emails de l'Ordre ?
Titres et mentions autorisés par le Conseil national
Liste des nouveaux élus
- p.16** Les échographies dites plaisir : pas de demi-mesure, c'est illégal
- p.18** Cas de jurisprudence : Prudence quant aux conditions de recevabilité de l'appel

■ ACTUALITES INTERNATIONALES

- p.20** Une directive européenne contre les violences faites aux femmes en demi-teinte
La maïeutique inscrite au patrimoine immatériel de l'Humanité de l'UNESCO
- p.21** Accouchement : des conséquences sur la santé sous-estimées
Recrudescence inquiétante des IST en Europe



L'état du sexisme reste préoccupant

■ INFORMATIONS GENERALES

- p.22** Femmes enceintes vulnérables : recommandations de la HAS
- p.23** L'impact des troubles du post partum se révèle
- p.24** L'état du sexisme reste préoccupant
- p.25** Les cyberviolences conjugales
- p.26** Les modalités de dépistage organisé du cancer évoluent
- p.27** Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : des résultats inégaux
Le HCSP défavorable au dépistage systématique de l'infection à CMV
- p.28** Distilbène : évolution des recommandations et guide pour les professionnels
- p.29** Vers un diagnostic salivaire de l'endométriose ?
Beyfortus : des premiers résultats très prometteurs

■ EN PLUS

- p.30** Focus
Inégalités salariales : des économistes pointent le retard des sages-femmes
- p.32** Revue de presse



Édito

Mesdames, Messieurs, chers consœurs et confrères,

La vaccination représente l'un des plus grands succès de la santé publique : selon l'OMS, 2 à 3 millions de vies sont sauvées chaque année grâce à cet acte simple de prévention.

Pourtant, la défiance à son égard demeure, voire s'amplifie et a été récemment renforcée par la pandémie de Covid-19. L'utilisation inédite de l'ARN messenger dans le développement d'un vaccin et sa mise au point extraordinairement rapide ont alimenté rumeurs, fausses informations et renforcé les mouvements antivax.

Notre profession a ainsi pu constater les réticences des femmes enceintes à se faire vacciner et malgré les preuves, les doutes demeurent. Ainsi, une vaste étude nordique¹ vient encore de démontrer que la vaccination anti-Covid-19 chez les femmes enceintes est associée à une baisse de certaines complications et de la mortalité néonatale.

Devant les hésitations et les fausses informations, les professionnels doivent fermement s'engager, d'abord en se vaccinant. Notre pays est en effet mauvais élève en la matière. Pourtant, la protection de nos patients via notre vaccination relève d'un devoir éthique, moral et déontologique.

A ces fins, nous devons également prendre part aux politiques vaccinales : désormais dotées de compétences exhaustives et claires dans ce domaine, notre profession peut pleinement y participer.

L'exercice médical des sages-femmes, ancré sur une base scientifique solide et leurs qualités d'écoute et d'échange, en font des acteurs essentiels pour délivrer des informations fiables, dissiper les hésitations vaccinales et jouer un rôle concret dans la promotion de la santé publique.

Isabelle Derrendinger
PRÉSIDENTE

1. <https://bit.ly/3VCxZ5e>

Rédaction

Claire Akouka, Adeline Augu, Marianne Benoit Truong Canh, Sandrine Brame, Anne-Marie Curat, Hortense Delerue, Isabelle Derrendinger, Marine Edelin, David Meyer, Cécile Moulinier

Directrice de la publication

Isabelle Derrendinger

Réalisation

Claire Akouka

Création graphique

Pauline Dugros

Impression

ASAP DIFFUSION

Numéro ISSN

2101-9592 (imprimé)

La vaccination : un enjeu de santé publique à promouvoir

Depuis l'inoculation de la variole par Jenner en 1796, les vaccins n'ont cessé de se développer pour devenir aujourd'hui un outil de lutte indispensable contre les maladies infectieuses. Ils ont contribué à l'éradication de la variole, à la quasi-extinction de maladies telles que la poliomyélite et peut-être, demain, au cancer du col de l'utérus grâce au vaccin HPV. Malgré cette efficacité, les vaccins sont aujourd'hui l'objet de nombreux débats, de polémiques voire de rejets catégoriques, non sans risques sur la santé publique. A l'ère de la désinformation, les professionnels de santé représentent des acteurs de poids, sans doute les plus importants, pour porter les politiques vaccinales comme l'illustre le rôle croissant des sages-femmes dans celles-ci.

L'ÉVOLUTION DES COMPÉTENCES VACCINALES DES SAGES-FEMMES

Le rôle et l'importance de la sage-femme en termes de vaccination n'est pas récent : il a été démontré pour la première fois à l'occasion de la lutte contre la variole au XIX^{ème} siècle. Les compétences des sages-femmes en matière vaccinale ont été clairement redéfinies dans le décret du 8 août 1991 portant code de déontologie de la profession de sage-femme, qui a consacré la possibilité pour celle-ci de prescrire et pratiquer la vaccination antirubéolique. Au cours des 15 années suivantes, la liste des vaccins que les sages-femmes peuvent prescrire et pratiquer ne cesse de croître et en 2016, la « loi de modernisation de notre système de santé », autorise celles-ci à vacciner l'entourage de la femme pendant la grossesse et la période post natale ainsi que l'entourage du nouveau-né pendant la période post natale. La dernière évolution, via l'arrêté du 8 août 2023, attribue un rôle plus large – et plus clair – aux sages-femmes, leur permettant :

- de prescrire l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal à toutes les personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées, à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées ;
- d'administrer ces mêmes vaccins à toutes les personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées ;
- de prescrire et administrer les vaccins contre la grippe saisonnière à toute la population, y compris les personnes non ciblées par les recommandations.

LA SUSPICION AUTOUR DES VACCINS

Plusieurs polémiques ont marqué l'histoire de la vaccination, contribuant à majorer la défiance à son égard. En 1996, l'apparition de cas de sclérose en plaque est associée au vaccin contre l'hépatite B, une thèse qui sera ensuite réfutée par de nombreuses études. En 1998, des chercheurs attribuent un lien entre vaccination contre le ROR et autisme, à travers une étude qui s'avèrera être

La vaccination contre la Covid-19 est recommandée à toutes les femmes enceintes, quel que soit le stade de la grossesse, celles-ci étant plus à risque de développer des formes graves de cette maladie.



Une surveillance des troubles menstruels déclarés après la vaccination par vaccin à ARNm a été mise en place par l'ANSM en novembre 2021. Les effets se manifestent principalement par des saignements anormaux (métrorragies, ménorragies) et par des retards de règles et aménorrhées. Ces effets sont survenus aussi bien après la première injection, qu'après la deuxième injection. Il s'agit majoritairement d'événements non graves, de courte durée et spontanément résolutifs, qui figurent désormais dans les résumés des caractéristiques du produit (RCP) et les notices des vaccins à ARNm.

frauduleuse. En 2009, le vaccin contre le virus de la grippe A (H1N1) est accusé de provoquer des effets secondaires, accusations démenties un an plus tard par l'AFSSAPS¹ qui conclue que « *les données de sécurité...tant sur le plan national qu'europpéen, ne montrent pas de signal d'alerte particulier pouvant remettre en cause le profil de tolérance de ces vaccins.* ».

Malgré les démentis, la suspicion à l'encontre des vaccins ne cesse de croître, mettant en jeu l'immunité collective, comme en témoigne la récente recrudescence de maladies telles que la rougeole et la méningite. Aussi, en 2018, la France rend obligatoires 7 vaccins jusqu'alors recommandés, portant à 11 le nombre de vaccins obligatoires pour les enfants de moins de 2 ans. En effet, presque 30% des enfants ne bénéficiaient pas des vaccinations recommandées.

C'est la pandémie de Covid-19 qui illustre le mieux cette défiance vaccinale : l'utilisation inédite de l'ARN messenger dans le développement d'un vaccin et sa mise au point extraordinairement rapide ont donné lieu à une vague mondiale de contestation et de fausses informations qui, malgré le recul actuel, ne se sont pas encore tariées. Pire, elles ont alimenté de nombreux mouvements antivax, qui comptent parfois dans leur rang des professionnels de santé (voir Fiche pratique en page 7).

UNE COUVERTURE VACCINALE À AMÉLIORER POUR LES PATIENTS...ET LES SOIGNANTS

La France est l'un des pays où les polémiques autour de la vaccination ont le plus d'écho. Les réticences autour des vaccinations sont nombreuses, les réfractaires craignant davantage les hypothétiques effets indésirables des vaccins que les conséquences parfois dramatiques de certaines maladies. L'hésitation vaccinale pendant

1. Agence française de Sécurité sanitaire des produits de santé, désormais ANSM

la grossesse, que la profession connaît bien, en est une illustration concrète.

Essentielle pour le contrôle des maladies infectieuses, la vaccination représente pourtant un espoir pour l'éradication de nombreuses maladies : choléra, paludisme mais aussi cancer HPV. Le 5 mars 2024, à l'occasion du premier Forum mondial sur l'élimination du cancer du col de l'utérus, il a ainsi été établi que si la couverture vaccinale était étendue et les programmes de dépistage renforcés, le monde pourrait éliminer un cancer pour la première fois.

Ces ambitions contrastent avec la faible couverture vaccinale contre les infections à HPV, estimée à 43,6% pour les filles en France ; ou encore avec la poussive campagne de vaccination contre le HPV dans les collèges lancée à l'automne 2023, qui n'a touché que 13 à 15% des collégiens, bien loin des 30% attendus.

Enfin, les professionnels de santé ne sont pas exemplaires : si l'immunisation contre la tuberculose, le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite et l'hépatite B est obligatoire, ce n'est pas le cas de la vaccination contre la grippe. Aussi, en France, la couverture vaccinale antigrippale des soignants est bien inférieure aux 75% préconisés par l'OMS, n'atteignant que 22% pour l'hiver 2021/2022².

COMMENT FAIRE MIEUX ?

En France, la défiance envers les pouvoirs publics, conjuguée à des campagnes de désinformation amplifiées par les réseaux sociaux, sont quelques-unes des raisons pouvant expliquer le rejet de la vaccination. Pour y répondre, la communication en matière vaccinale pourrait être plus offensive : un des échecs de la campagne de vaccination HPV dans les collèges, outre un délai de mise en place extrêmement court, s'explique aussi par l'absence d'une communication structurée autour de celle-ci.

D'autre part, l'accessibilité de la vaccination doit être facilitée, un virage que la France a commencé à prendre via l'extension des compétences vaccinales des sages-femmes, mais également des infirmiers et des pharmaciens.

Enfin, les soignants ont un rôle majeur : la vaccination présente un intérêt individuel, mais également collectif en permettant une protection indirecte des patients, notamment les plus vulnérables. Par ailleurs, les professionnels de santé sont en première ligne pour répondre aux questions que se posent les patients, présenter la balance bénéfique/risque aux hésitants et décliner ainsi de façon concrète la stratégie nationale vaccinale.

Claire Akouka, Isabelle Derrendinger et Cécile Moulinier

LA SEMAINE EUROPÉENNE DE LA VACCINATION

La semaine européenne de la vaccination se tient cette année du 22 au 28 avril et constitue un temps fort de communication, tant auprès des professionnels de santé que des patients, pour promouvoir les enjeux de la vaccination.

Cet événement est l'occasion de rappeler à la population que la vaccination reste la meilleure protection contre certaines maladies infectieuses, qu'il est important de vérifier ses vaccinations et de se faire vacciner. Pour en savoir plus : <https://vaccination-info-service.fr/>



2. Santé publique France : <https://bit.ly/3VvkZO1x>



Campagne de désinformation vaccinale

En 2022, 84,6 % des personnes interrogées en France métropolitaine déclaraient être favorables à la vaccination, selon les données de Santé publique France. Un taux en progression de plus de deux points depuis 2021 (82,5 %).

Cependant, malgré cette avancée la crise de confiance persiste, comme en témoignent les actions des collectifs antivax, à l'instar de celle menée contre le HPV ou celle orchestrée dernièrement contre le Beyfortus (qui n'est d'ailleurs pas un vaccin mais un médicament). Ces campagnes ciblent dorénavant directement les professionnels de santé, y compris les sages-femmes, les menaçant ouvertement d'être complices de la mise en danger d'autrui, voire d'abus de faiblesse. Cette approche est particulièrement déconcertante car ce sont bien les collectifs antivax qui s'exposent à des poursuites judiciaires pour mise en danger de la vie d'autrui (article 223-1 du code pénal) ou manquement délibéré à une obligation particulière de prudence ou de sécurité (article 121-3 du code pénal).

Quels sont les supports de communication des campagnes de désinformation vaccinale ?

Les antivax exploitent une variété de canaux de communication, dont les médias sociaux en tête (bien que les plateformes telles que You tube ont renforcé leur politique de lutte contre les contenus antivax), des forums en ligne, des chaînes de courriels, des lettres ouvertes, des conférences, des podcasts... Tous les moyens ont le même objectif : semer la confusion et décourager la vaccination.

Comment identifier des propos de désinformation vaccinale ?

Nous sommes bien loin des formulations sibyllines, comme en témoignent celles utilisées dans le cadre de la vaccination anti-HPV : un vaccin « inutile », avec de « nombreux effets indésirables », ou bien encore

dans le cadre du Beyfortus « une hausse du taux de mortalité des nouveau-nés coïncide avec le début des injections aux bébés » et « une nouvelle thérapie qui n'a pas été suffisamment testée [...] comme la HAS l'a fait involontairement remarquer ».

Quelle est la bonne conduite à tenir en cas de réception d'une campagne de désinformation vaccinale ?

Si vous êtes une sage-femme destinataire de la campagne :

1er cas - En cas d'identification de l'auteur du courrier ou du courriel : le premier réflexe doit être de contacter votre conseil départemental, qui à son tour, pourra signaler les faits au Procureur de la République (copies, CNOSE et ARS). Si une sage-femme est l'auteure du message, des mesures disciplinaires pourront être prises sur le fondement des articles R.4127-302, R.4127 et R.4127-308 du CSP.

2ème cas - Si vous avez reçu un courriel anonyme : conservez d'abord le courriel original et essayez d'extraire la source du message (parfois intitulée « les en-têtes » ou « le message brut »). Cette source permettra aux officiers de police judiciaire de trouver l'adresse IP de l'expéditeur. Rapprochez-vous ensuite de votre conseil départemental.

Si une de vos patientes est destinataire de la campagne et vous la rapporte : Il convient de prendre un temps, conséquent, pour réinformer votre patiente. Vous pouvez vous faire épauler par le groupe de réflexion « vaccination et lien social » (<https://vls.direct/>) dont l'objectif est d'apporter une information simple, précise, rationnelle, scientifique et consensuelle aux personnes qui doutent avec sincérité de l'idée vaccinale.

Marine Edelin



La vaccination obligatoire des enfants et la responsabilité de la sage-femme

Contexte : Durant les dix-huit premiers mois de l'enfant¹, onze vaccins obligatoires sont prévus², échelonnés selon l'âge de ce dernier (sauf contre-indication médicale reconnue)³. Concrètement, « l'obligation » signifie que la réalisation de ces vaccins conditionne l'accès à toute collectivité d'enfants. Précisons que ces onze vaccins concernent les enfants nés après le 1er janvier 2018.

S'il est explicitement établi que les personnes responsables de l'exécution de l'obligation vaccinale sont les titulaires de l'autorité parentale – soit, le/les parent(s) ou le tuteur de l'enfant mineur, selon la situation –, sont également identifiés comme des acteurs les professionnels de santé ayant l'habilitation de les prescrire et/ou de les administrer. Cette habilitation est conférée aux sages-femmes, celles-ci pouvant prescrire et administrer l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal à toutes les personnes pour lesquelles ils sont recommandés⁴. Cela recouvre donc désormais l'ensemble des vaccins obligatoires pour les enfants.

Les compétences qu'elle possède impliquent une responsabilité spécifique pour la sage-femme, qui doit alors faire preuve d'une vigilance particulière lors de la prise en charge de l'enfant.

L'information

Comme pour tout acte médical, préalablement à la prescription/réalisation de la vaccination, une information complète – c'est-à-dire claire, loyale et appropriée – doit être délivrée au(x) titulaire(s) de l'autorité parentale. Les informations visées recouvrent l'utilité, l'urgence éventuelle, les conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, au regard des données acquises de la science, ainsi que les conséquences possibles en cas de

refus⁵. A cet effet, la sage-femme peut rappeler le caractère obligatoire du vaccin concerné ainsi que les conséquences si celui-ci n'est pas administré.

Le recueil du consentement

Le caractère obligatoire de la vaccination ne signifie pas que la sage-femme puisse se départir de l'accord du/des titulaire(s) de l'autorité parentale pour réaliser la prescription ou administrer la vaccination, le consentement étant un préalable nécessaire par principe⁶. Sur ce point, précisons

1. Article R.3111-2 du Code de la santé publique (CSP) - 2. Liste de vaccins obligatoires prévus par l'article L.3111-2 du CSP, à savoir : antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique, contre la coqueluche, contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, contre le virus de l'hépatite B, contre les infections invasives à pneumocoque, contre le méningocoque de sérogroupe C, contre la rougeole, contre les oreillons, contre la rubéole - 3. Cf. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccina_maj-juin23.pdf - 4. Article L.4151-2 du CSP et arrêté du 8 août 2023 « fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer vaccins que certains professionnels sont autorisés à prescrire et à administrer » - 5. Article L.1111-2 du CSP - 6. Article L.1111-4 du CSP.

que le consentement d'un seul des titulaires de l'autorité parentale est suffisant, y compris si l'un des 2 parents refuse : c'est en effet le cas pour les « actes usuels » - définis comme des actes de la vie courante, sans gravité particulière -, les vaccins obligatoires étant qualifiés comme tels en raison de leur caractère impératif⁷.

Par exception, la sage-femme peut délivrer les soins indispensables aux mineurs lorsque le refus d'un acte par le/les titulaires de l'autorité parentale peut entraîner des conséquences graves sur la santé du patient. Selon l'appréciation de la situation, l'application de cette disposition générale pourrait être envisagée dans le cadre de la vaccination obligatoire (un échange préalable avec le Procureur de la République peut être conseillé, sans être obligatoire).

Traçabilité

Celle-ci se manifeste différemment selon la situation :

Dans le cas où le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale refuse(nt) la vaccination : après avoir rappelé les risques encourus, il est préconisé de faire mention de la délivrance des informations, des échanges ainsi que du refus, dans le dossier médical et dans le carnet de santé de l'enfant. Dans cette situation, il est certain que la délivrance d'un certificat et/ou d'une mention dans le carnet attestant de la vaccination sont à proscrire. En effet, une telle mention engagerait non seulement la responsabilité disciplinaire de la sage-femme au regard de l'interdiction d'établir des certificats de complaisance⁸, mais également sa responsabilité pénale, car la rédaction d'un « faux » caractérise une infraction pénale⁹.

Dans le cas où le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale donne(nt) leur consentement à la vaccination : après avoir procédé à la prescription/l'administration du vaccin, la sage-femme doit inscrire certaines mentions obligatoires¹⁰, dans le carnet de santé/de vaccination de l'enfant ou, à défaut, sur une attestation. Ces informations doivent également être transmises au médecin traitant de l'enfant (à défaut de dossier médical partagé), après avoir obtenu le consentement du titulaire de l'autorité parentale.

Soins conformes aux données acquises de la science

Cette obligation s'inscrit dans le cadre des devoirs généraux liés à l'exercice de la profession : lorsque la sage-femme accepte de prendre en charge l'enfant pour la vaccination, elle doit lui délivrer « *les soins conformes aux données scientifiques du moment* »¹¹, en respectant donc les recommandations professionnelles en vigueur, le calendrier vaccinal devant notamment être suivi à ce titre. De surcroît, selon la situation, le non-respect des données acquises de la science en matière de vaccination pourrait aussi engager la responsabilité disciplinaire de la sage-femme sur d'autres fondements : celui de ne pas apporter son concours aux pouvoirs publics en matière de santé, à laquelle la politique vaccinale se rattache, et celui de faire courir un risque injustifié à l'enfant¹².

Par ailleurs, l'engagement de la responsabilité pénale n'est pas à exclure : selon les circonstances, la mise en danger délibérée d'autrui pourrait être retenue par le juge pénal¹³.

Hortense Delerue

7. Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter la fiche pratique du contact n°71 « le recueil du consentement du patient mineur » - 8. Articles R.4127-333 et R.4127-335 du CSP - 9. Articles 441-1 et suivants du Code pénal. Par exemple, la sage-femme qui a falsifié de façon réitérée le carnet de santé d'enfants mineurs en inscrivant avec un faux nom de médecin la réalisation de vaccinations obligatoires non effectuées à la demande de la mère, se rend pénalement coupable de faux et usurpation d'identité et se voit condamnée à une amende de 6.000 € et à l'interdiction d'exercer la profession de sage-femme à titre définitif (Tribunal correctionnel, 13 décembre 2023) - 10. Mentions prévues par l'article D.4151-25 du CSP, à savoir : ses noms et prénoms d'exercice, la dénomination du vaccin administré, son numéro de lot et la date de son administration - 11. Article R.4127-325 du CSP - 12. Articles R.4127-302 du CSP et R.4127-314 du CSP - 13. Article 121-3 du Code pénal.



Hésitation vaccinale, compétences de la profession... interview d'une sage-femme engagée pour la santé publique

Amélie Battaglia Henneguella est sage-femme libérale depuis 16 ans en cabinet de campagne et titulaire d'un master en santé publique. Elle travaille en tant que formatrice pour l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales et en tant que rédactrice pour la revue Prescrire.

Pouvez-vous rappeler quelles sont les vaccinations recommandées pendant la grossesse ?

Les vaccinations recommandées pendant la grossesse sont celles contre la grippe et la Covid-19, que l'on peut administrer dès le premier trimestre et celle contre la coqueluche, dès le deuxième trimestre. Il est en revanche formellement contre-indiqué d'administrer des vaccins vivants pendant une grossesse. Rappelons que la grossesse est aussi une occasion de vérifier le statut vaccinal de l'entourage, notamment par rapport à la coqueluche et à la grippe.

Comment levez-vous les craintes de vos patientes face à la vaccination, notamment celles qui sont enceintes ?

L'OMS répertorie 3 catégories dans les hésitations vaccinale. Les premières sont les influences propres à l'individu, que ce soient des croyances religieuses, spirituelle, des expériences personnelles ou familiales. Les deuxièmes sont les influences contextuelles : il peut s'agir

d'informations issues des réseaux sociaux ou des médias, voire de la politique mais qui peuvent également être liées à des événements sanitaires comme la piètre gestion de la grippe A, qui avait provoqué beaucoup de réticence face à la vaccination. Enfin, la troisième hésitation répertoriée est spécifiquement liée au vaccin et aux interrogations au regard de la balance bénéfique risque, lorsque la mère s'interroge sur les conséquences sur sa santé ou sur celle de son enfant à naître.

Selon moi, le levier principal est le processus de décision partagée : je tâche de transmettre l'information la plus honnête possible, que ce soit à l'oral ou à l'écrit, sur la base de plusieurs ressources¹. C'est justement parce que je souhaitais avoir la capacité de délivrer les informations les plus probantes possibles que je me suis engagée auprès de l'Association Mieux Prescrire.

Quid de la vaccination HPV ?

Ce vaccin bénéficie d'un recul d'une quinzaine d'années et son efficacité a été établie notamment sur les condylomes ano-génitaux chez les hommes et les femmes ; une réduction du cancer de l'anus chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes et une réduction probable de l'incidence du cancer du col de l'utérus chez les femmes. Les données relatives au cancer de l'utérus sont issues d'études de cohorte dont les plus récentes ont eu lieu en Suède et en

1. <https://www.prescrire.org/>; <https://vaccination-info-service.fr/>; Santé Publique France <https://bit.ly/3vffEAp>

Angleterre, dont les politiques vaccinales contre le papillomavirus sont plus précoces et plus efficaces.

Je précise également que cette efficacité est établie pour les vaccinations qui ont eu lieu avant le premier rapport sexuel et j'informe également sur les effets secondaires du vaccin : douleur au point d'injection, syncope, rare choc anaphylactique et rare syndrome de Guillain Barré (1 cas supplémentaire pour 100 000 vaccinés).

Je rappelle enfin l'incidence du cancer du col de l'utérus en France soit 3000 cas par an et 1100 patientes qui en décèdent.

La balance bénéfice/risque se traduit ainsi : donner les informations les plus exactes possibles, sans exclure les effets secondaires, afin que le patient fasse un choix éclairé.

Quel regard portez-vous sur les compétences vaccinales des sages-femmes, qui ont été élargies en août 2023 ?

L'élargissement de nos compétences vaccinales va permettre d'élargir la couverture vaccinale de l'ensemble de la population, d'autant que d'autres professions ont également vu leurs compétences vaccinales augmenter.

La sage-femme est un professionnel de premier recours et de santé primaire pour les femmes mais également leur famille, qu'il s'agisse de leurs enfants ou de leur entourage. Aussi, ces compétences sont particulièrement intéressantes car elles vont nous permettre de procéder à des rattrapages auprès de cette patientèle, notamment dans des zones de déserts médicaux où les médecins manquent.

Cependant, ces compétences ne sont pas anodines et nécessitent une mise à jour régulière de nos connaissances ainsi qu'un équipement adéquat en cas de choc anaphylactique. Il me paraît ainsi fondamental de mettre à jour de façon régulière notre attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2.

Enfin, les vaccins peuvent changer et nous nous devons de transmettre une information éclairée, pour que les patients puissent choisir et favoriser le processus de décision partagée.

La France n'est pas bonne élève en matière de vaccination : selon vous, quel est le rôle des professionnels de santé pour répondre aux hésitations vaccinales voire aux controverses ?

Je me réfère à l'idée défendue par Jean-Jacques Rousseau dans son Contrat Social, selon laquelle l'être humain peut aliéner sa liberté naturelle au nom de l'intérêt général.

C'est lors de la crise sanitaire du Covid-19 que cette philosophie m'a paru indissociable de notre rôle de soignants, en ce qui concerne la vaccination.

Il faut avoir conscience que les soignants, sages-femmes ou autre, sont les mieux placés pour transmettre aux patients les informations indispensables à la décision de se faire vacciner. Nous sommes souvent les premiers consultés pour répondre aux craintes et aux questionnements des patients et à pouvoir présenter la balance bénéfique / risque.

On peut comprendre qu'il y ait de la défiance de la part de la population, y compris de la part des soignants, envers les autorités sanitaires qui n'ont pas toujours fait preuve de transparence.

Aujourd'hui, les patients ont accès à de nombreuses informations, et nombre d'entre eux recherchent un dialogue. Si la discussion et l'échange avec les patients sont déjà très largement dans l'ADN des sages-femmes, il nous appartient désormais de renforcer notre socle de connaissances et de mettre à disposition des patients les informations les plus récentes et les plus probantes.

Propos recueillis par Claire Akouka

Des échanges prometteurs avec le nouveau ministre de la santé



Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a rencontré le 14 mars dernier Frédéric Valletoux, nouveau ministre délégué à la santé et de la prévention. Si comme attendu, cette première rencontre n'a pas débouché sur des annonces, elle a permis à l'Ordre d'évoquer la crise de la périnatalité et de la maïeutique mais aussi de défendre les propositions issues de la « proposition de loi santé pour toutes » portées par l'ensemble des instances de la profession.

Lors des échanges, le CNOSF est ainsi revenu sur la crise profonde et inédite que traverse la périnatalité. Ce constat est partagé par le ministre de tutelle qui rejette les appels à fermer systématiquement les maternités de moins de 1000 naissances, fondés sur aucune donnée ou

étude. Le ministre souhaite une reprise des travaux afin de construire une approche territoire par territoire afin de construire des solutions locales et de sortir de l'impasse des différents rapports. Le CNOSF, dans la continuité de son plaidoyer matérialisé par la « proposition de loi santé pour toutes », a abordé l'urgence de repenser l'offre périnatale hospitalière, libérale et territoriale à l'échelle du territoire pour redonner de l'attractivité et du sens aux métiers de la périnatalité et à l'exercice en salle de naissance. Le Conseil national, lors de ce rendez-vous, a également insisté sur l'urgence de créer un choc d'attractivité pour la profession et d'enfin reconnaître le caractère médical de la profession.

Ces échanges francs ont permis de construire une relation de travail qui ne présage cependant pas de l'avenir : le ministre ne s'est ainsi engagé aucunement sur les solutions pour sortir de la crise. Cependant, il souhaite avancer et devrait prochainement saisir la Haute Autorité de Santé pour mener des travaux exploratoires concernant l'accouchement à domicile mais également concernant les parcours gynécologiques. Enfin, ce rendez-vous, une semaine après la constitutionnalisation de la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse, a permis d'échanger sur la révision du décret encadrant la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes. Le ministre, conscient des limites et des incohérences du texte, a annoncé vouloir le modifier pour la fin mars.

David Meyer et Isabelle Derrenderinger

Remaniement ministériel : deux ministres pour la santé

Le début de l'année 2024 a été marquée par un profond remaniement ministériel. Catherine Vautrin, ancienne ministre sous Nicolas Sarkozy et présidente du grand Reims, est devenue le 11 janvier ministre du travail, de la santé et des solidarités.

Elle est secondée depuis le 8 février dernier par trois ministres délégués dont Frédéric Valletoux pour la santé et la Prévention. Ce dernier, ancien président de la Fédération hospitalière de France et du conseil de surveillance de l'hôpital de Fontainebleau, est un fin connaisseur du système de santé.

Les enjeux pour ce gouvernement sont sans précédent. Le système de santé traverse une crise inédite, de nombreux secteurs comme la périnatalité et la psychiatrie sont au bord de l'asphyxie et les finances publiques semblent exsangues.

L'absence de majorité à l'Assemblée nationale ne permet pas d'envisager de réformes structurelles à court terme. En attendant le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, les deux ministres devront porter la loi sur la fin de vie à l'été. Ce remaniement ministériel a également été marqué par le changement de ministre déléguée à l'égalité entre les femmes et les hommes avec la nomination d'Aurore Berger. Cette dernière, dès sa prise de poste, a invité la Présidente du CNOSF à l'accompagner lors de la visite Planning familial de Strasbourg et s'est engagée à faire réviser le décret encadrant la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales réalisées par les sages-femmes.

David Meyer

Maisons de naissance : une situation bloquée

Théoriquement pérennisées depuis 2020, les projets d'ouvertures de maisons de naissance restent limités.

Alors que les maisons de naissance faisaient depuis longtemps partie de l'offre de soin périnatale de nombreux pays, il aura fallu attendre 2015 pour que la France autorise enfin l'ouverture de ces structures. A l'issue d'une expérimentation de 5 ans, il était convenu que les maisons de naissance soient généralisées et pérennisées, une ambition revue à la baisse puisque le législateur a décidé, à travers la publication tardive des textes relatifs à ces structures en 2021, de n'en autoriser que 20 sur le territoire.

Malheureusement, malgré l'adhésion des parents et la qualité des soins qui y est prodiguée, les projets sont peu nombreux et certaines structures

existantes sont même menacées.

Devant cette inertie, le Collectif des Maisons de Naissance françaises, le CIANE (Collectif Interassociatif autour de la Naissance), le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, le Collège National des Sages-femmes de France, l'ONSSF, l'UNSSF et l'Association nationale des sages-femmes libérales ont collectivement écrit aux ministres nouvellement nommés en charge du dossier et à la Direction Générale de l'Offre de soins pour rappeler l'intérêt de ces structures et souligner les freins identifiés tels que l'absence de pilotage et de soutien au niveau national, la suspension des travaux de la HAS sur les maisons de naissance et l'inadaptation du cadre réglementaire et financier.

Sandrine Brame

Constitutionnalisation de l'IVG : garantir les droits fondamentaux des femmes



Le 4 mars, la France est devenue le premier pays au monde à inscrire dans sa Constitution «La liberté d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse», un symbole fort pour le droit des femmes qui ne doit pas masquer les difficultés d'accès des femmes à l'avortement dans notre pays.

LE COMBAT POUR L'IVG S'ÉCRIT ENCORE AU PRÉSENT

Si l'histoire des droits fondamentaux est souvent présentée comme un progrès linéaire et irrémédiable, les droits sexuels et reproductifs des femmes ne sont jamais acquis. Indispensables à l'autonomie et à l'émancipation des femmes, ces droits sont nécessaires pour garantir l'égalité entre les femmes et les hommes mais sont malheureusement toujours sous tension. Même lorsqu'ils sont reconnus, leur mise en œuvre est très souvent entravée par des obstacles et des résistances.

Le droit de recourir à l'avortement, premier de ces droits, reste constamment menacé. Si la « Loi

Veil » de 1975 a permis aux femmes françaises d'avorter, les attaques contre ce droit n'ont jamais cessé, comment peuvent-elles illustrer les nombreux mouvements anti-choix, démontrant le risque de réversibilité. Autant d'arguments qui plaident en faveur de la constitutionnalisation de ce droit.

SAGES-FEMMES ET IVG INSTRUMENTALE : UN DÉCRET À RÉVISER

Chaque jour, les sages-femmes s'engagent pour permettre l'accès effectif à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse sur l'ensemble du territoire malgré de nombreux obstacles. Dans ce contexte, le décret d'application généralisant les compétences des sages-femmes en matière d'IVG instrumentale paru le 17 décembre est incompréhensible car contraire à l'objet même de la constitutionnalisation de ce droit. Il contraint l'accès à l'IVG puisqu'il impose une organisation complexe pour les établissements de santé et limite ainsi la participation des sages-femmes. Pourtant, augmenter le nombre de professionnels volontaires pouvant réaliser cet acte est la seule mesure permettant d'améliorer effectivement l'accès à ce droit.

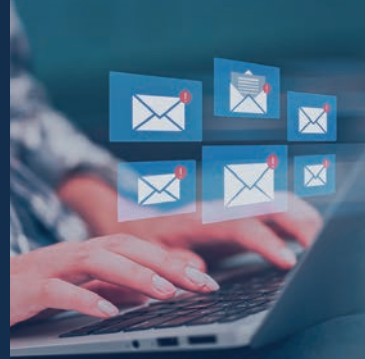
Cette critique de l'Ordre et des autres instances représentatives de la profession, qui soulignaient que la constitutionnalisation ne soit pas uniquement un symbole, semble avoir été entendue : le ministre de la Santé et des solidarités, Frédéric Valletoux, s'est engagé à réviser le décret rapidement.

David Meyer

RECEVEZ-VOUS LES EMAILS DE L'ORDRE ?

Les emails envoyés par l'Ordre, qu'ils proviennent du Conseil national mais également des conseils départementaux et interrégionaux, sont parfois assimilés à du courrier indésirable (« spam »). Or, ces messages peuvent contenir des éléments indispensables relatifs à votre situation administrative auprès de l'Ordre,

comme la déclaration d'activité ou l'appel de cotisation. Ainsi, pour résoudre ce problème de manière efficace, nous vous recommandons d'ajouter le domaine @ordre-sages-femmes.fr à la liste des domaines approuvés sur votre boîte mail de correspondance avec l'Ordre. Si vous avez une messagerie Gmail ou Hotmail, vous pouvez



retrouver la marche à suivre pour ces messageries ici : <https://bit.ly/3hdaElQ>. Pour les autres messageries, reportez-vous aux préconisations de votre fournisseur.

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 23 janvier 2024)

Mentions	Intitulé du diplôme	Université
Ethique et déontologie	D.U Ethique appliquée à la santé	Université de Nantes Pôle santé - 10 rue Bias - BP 61112 - 44035 NANTES Cedex 1 https://univ-nantes.fr/
Périnatalité	D.U Douleur pelvienne chronique	Université de Nantes Pôle santé - 10 rue Bias - BP 61112 - 44035 NANTES Cedex 1 https://univ-nantes.fr/
Périnatalité	DU Education thérapeutique du patient en promotion de la santé	Université de Nantes Pôle santé - 10 rue Bias - BP 61112 - 44035 NANTES Cedex 1 https://univ-nantes.fr/
Sexologie	DIU Sexologie clinique	Université de Nantes Pôle santé - 10 rue Bias - BP 61112 - 44035 NANTES Cedex 1 https://univ-nantes.fr/

LISTE DES NOUVEAUX MEMBRES ELUS ENTRE SEPTEMBRE ET DECEMBRE 2023

Le Conseil national souhaite la bienvenue aux nouveaux membres élu.e.s de l'Ordre

31 – HAUTE GARONNE - Election du 14 décembre 2023

BLENORZER SANDRINE – membre titulaire
K BIDI ANGELIQUE – membre titulaire
MARCY STEPHANIE – membre titulaire
BARTHES AURORE – membre suppléant
SEGUY JOSEPHINE – membre suppléant
DAVRIEUX LAETITIA – membre suppléant
MICHEL MELISSA – membre suppléant
BEZIRARD LINDA – membre suppléant
MICHEL CELINE – membre suppléant

36 – INDRE - Election du 07 mars 2024

DUBOIS CINDY – membre titulaire
DESMARS ALEXANDRA – membre titulaire
VILETTE EMILIE – membre suppléant

BEAUFILS LUCIE – membre suppléant

41 – LOIR ET CHER – Election du 16 janvier 2024

CAPON HELENE – membre titulaire
WIOTTI AUDE – membre titulaire
DESSON NATACHA – membre suppléant
OUZANI FLORA – membre suppléant
LHERMENAULT CAROLINE – membre suppléant

53 – MAYENNE - Election du 19 mars 2024

GAUDIN FLORIAN – membre titulaire
JOURNAULT CLAIRE – membre titulaire
DELEUZE ANNE LAURE – membre suppléant
ROMAGNE ADELE – membre suppléant

74 – HAUTE SAVOIE - Election du 07 mars 2024

BUCHACA MATHILDE – membre titulaire
DE SOUZA AUDREY – membre titulaire
BLANC-ROCHETTE GWENAELLE – membre titulaire
ARTIGUEBIELLE FLORENCE – membre suppléant

89 – YONNE - Election du 14 mars 2024

ROUBIN BLANDINE – membre titulaire
COUTURET NATHALIE – membre titulaire
MORTREUX PATRICIA – membre suppléant

Les échographies dites plaisir : pas de demi-mesure, c'est illégal

Ces sociétés commerciales se présentant sous diverses appellations séduisantes telles que « *Echo tendresse* » ou bien encore « *Echografilm* », qui va jusqu'à faire un parallèle avec une séance de film, proposent aux femmes enceintes des échographies supplémentaires, dépassant ainsi les trois recommandées. Elles offrent diverses promesses dont la détermination du sexe du bébé ou la capture de clichés en 3D voire 4D. Leur argument phare réside dans le fait que les professionnels de santé ne prennent pas suffisamment en compte l'aspect affectif de la grossesse. Les tarifs sont non négligeables et varient en fonction des options (durée, un pack photos + vidéos, prestation à domicile, lots de cartes à gratter...). Mais finalement, cette activité est-elle légale et plus important, sans danger pour les clientes ?

LES « ÉCHOGRAPHIES PLAISIR » SONT-ELLES LÉGALES ?

Non. C'est une pratique prohibée pour les raisons suivantes :

1°) La nature de l'acte : Les différents types d'échographies réalisées pendant la grossesse sont strictement encadrés et définis par la réglementation, qui leur confère un caractère médical (en application de l'arrêté du 20 avril 2018). Il est d'ailleurs rappelé que : « [...] *Cet examen reste un examen médical qui poursuit des buts médicaux (évaluation des risques, diagnostic et surveillance) et qu'il ne s'agit pas d'une échographie souvenir* ».

2°) L'utilisation d'un dispositif médical doit, d'après l'article R. 5211-17, alinéa 1 du code de la santé publique (CSP), être :

« utilisé conformément à sa destination ». Or, un appareil échographique est, d'après la définition du dispositif médical de l'article L.5211-1 du CSP, *« destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales ».* En conséquence, un appareil échographique ne peut être utilisé que dans un but médical et non dans un but commercial.

3°) Les professionnels habilités à réaliser des échographies fœtales sont clairement identifiés : *« Seuls les médecins et les sages-femmes réalisent, sous certaines conditions précisées ci-dessous, des échographies obstétricales et fœtales »* (conformément à l'arrêté du 20 avril 2018 précité). De surcroît, le décret n°2017-91 du 26 janvier 2017 dispose que

« l'utilisation d'échographes pour de l'imagerie fœtale humaine par des personnes physiques n'exerçant pas la profession de médecin ou de sage-femme est interdite. Dans ce cadre, la vente ou la revente de ces échographes à ces mêmes personnes est interdite » (art. 1).

4°) Les personnes morales habilitées : Le décret précité, prend soin également d'identifier, de manière exhaustive, les personnes morales autorisées à disposer, et le cas échéant, à utiliser un échographe, et l'interdit de ce fait à toutes les autres (article 2). Évidemment, **ces sociétés n'en font pas partie.**

QU'EN EST-IL POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

C'est une pratique formellement

interdite pour les raisons 1 et 2 susvisées, la sage-femme qui s'adonne à ce type d'activité s'expose à des poursuites disciplinaires car pour rappel « la profession de sage-femme ne doit pas être pratiquée comme un commerce » (article R.4127-310 du CSP). Le fait que les patientes soient orientées par des médecins via des ordonnances nébuleuses (exemple : bilan de vitalité du fœtus) ne décharge pas la sage-femme de ses devoirs déontologiques.

ET QUELLE EST LA POSITION DE LA COMMUNAUTÉ SCIENTIFIQUE À CE PROPOS ?

Les sociétés, cette fois-ci savantes, se sont depuis longue date, positionnées contre cette pratique : dans son avis, en date du 5 octobre 2004, l'**Académie nationale de médecine** concluait que « S'il est admis que les examens échographiques faits au cours de la grossesse, à titre médical, n'ont entraîné à ce jour aucune complication décelable et ne semblent comporter aucun effet biologique néfaste, il n'en reste pas moins que persiste un risque potentiel : toute onde acoustique ultrasonore ayant des effets biologiques sur les tissus (effet thermique, effet mécanique) ».

En mai 2005, l'**AFSSAPS**, exposait que « lors d'une échographie fœtale à visée médicale l'exposition aux ultrasons de chaque zone du fœtus est donc extrêmement brève. Elle n'est prolongée qu'en cas de doute sur une pathologie localisée. [...] Au contraire, pour produire un document agréable à regarder pour les parents dans le cadre d'une échographie à visée non médicale, dite échographie souvenir ou de complaisance, il est nécessaire d'exposer en continu aux ultrasons des parties localisées du fœtus [...] il existe un risque pour le fœtus ».

En avril 2012, la **HAS** recommandait « la diffusion et l'encadrement d'une information complète, compréhensible et cohérente pour les femmes et les couples, au sujet de toute échographie fœtale (médicale ou non), notamment en ce qui concerne l'ensemble des risques que ces pratiques peuvent engendrer ». La plupart des sites internet de ces sociétés mentionnent qu'il s'agit d'un acte sans risque pour le fœtus. Ce qui est susceptible d'engager leur responsabilité civile pour manquement à leur devoir d'information conformément à l'article L.111-1 du code de la consommation.

QUELLE EST LA CONDUITE À TENIR EN



CAS D'IDENTIFICATION D'UNE TELLE ACTIVITÉ ?

Si vous êtes une élue ordinale :

1ère étape : Envoyer un rappel à la réglementation en lettre recommandée au commerçant (copies ARS + CNOSF).

2ème étape : En l'absence de réponse ou d'une réponse négative, nous vous encourageons à déposer une plainte pour exercice illégal de la médecine auprès du Procureur de la République du lieu des faits (en application des articles L.4161-1, L.4161-3 et L.4161-5 du CSP). En l'absence de réponse ou d'un classement sans suite, nous vous invitons à vous rapprocher du Conseil national.

Si vous êtes une sage-femme en activité : nous vous recommandons de faire remonter l'information à votre conseil départemental et de sensibiliser vos patientes qui s'interrogeraient sur ces pratiques.

**Marine Edelin et
Marianne Benoît Truong Canh**



Prudence quant aux conditions de recevabilité de l'appel

A l'instar de toutes procédures juridictionnelles, la procédure disciplinaire est soumise à des conditions de forme dont le non-respect peut entacher la régularité de la procédure et des recours. Certaines irrégularités sont si conséquentes qu'elles peuvent donner lieu à une absence de procès disciplinaire et un rejet de la plainte ou de la requête d'appel.

Concrètement, si ces conditions ne sont pas respectées, la requête sera jugée irrecevable. Ainsi, avant toute analyse au fond de l'affaire, le juge disciplinaire s'attèle en premier lieu à vérifier les conditions de forme soit de recevabilité de la requête qui lui est soumise.

A travers le commentaire d'une ordonnance rendue par la chambre disciplinaire nationale, soit la chambre d'appel, en date du 14 septembre 2023, nous allons nous intéresser aux conditions de recevabilité de l'appel et plus particulièrement à la condition du délai pour interjeter appel. Dans cette affaire, la sage-femme sanctionnée à un blâme en première instance a voulu contester cette décision devant la chambre disciplinaire nationale. Or,

elle n'a pas pu se saisir d'une telle occasion, puisque le juge d'appel a rejeté sa requête par voie d'ordonnance au motif que l'appel était manifestement hors délai.

Ces éléments appellent plusieurs interrogations :

Qu'est-ce qu'une ordonnance et quand le juge statue-t-il par cette voie ?

Quelles sont les conditions de l'appel et surtout comment s'assurer de respecter le délai pour interjeter appel ?

De manière générale, quels sont les points de vigilance pour mener à bien une procédure d'appel ?

L'ordonnance anonymisée est accessible dans la base jurisprudentielle sur le site du CNOSF : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/Ordonnance%2071.pdf>

01

L'ordonnance disciplinaire

L'ordonnance s'oppose à la décision dite collégiale, en ce qu'elle est prise par le président de la chambre seul qui statue en dehors de toute audience publique. La décision collégiale fait suite à une audience disciplinaire et est rendue par le président accompagné des sages-femmes assesseures.

En droit disciplinaire, c'est notamment en application de l'article R.4126-5 du code de la santé publique, repris par le juge dans l'affaire commentée, que les présidents des chambres disciplinaires peuvent statuer par voie d'ordonnance motivée sans instruire préalablement le dossier. L'article énumère les différentes situations justifiant de prendre une ordonnance. Parmi elles, figurent : le désistement du plaignant, lorsque la requête ne relève pas de la compétence du juge disciplinaire, lorsqu'il n'y a plus d'objet au litige et surtout lorsque la requête est manifestement irrecevable. L'ordonnance prise par le juge permet d'entériner l'action disciplinaire sans qu'il soit nécessaire d'organiser un procès disciplinaire et constitue le moyen d'action pour écarter les requêtes d'appel irrecevables comme le juge en a fait usage dans l'affaire commentée.

02

Les conditions de recevabilité de la requête d'appel

Pour être recevable, la requête d'appel adressée au greffe de la

chambre disciplinaire nationale doit répondre à plusieurs conditions. Les formalités pour interjeter appel sont :

- Joindre impérativement la copie de la décision de première instance contestée ;
- Adresser la requête en autant d'exemplaires qu'il y a de parties plus deux ;
- Signer la requête d'appel ;
- Contester le dispositif et les motifs de la décision rendue. Concrètement, si vous êtes d'accord avec le sens de la décision (par exemple : absence de sanction prononcée), mais pas avec les raisons qui ont justifié le sens de cette décision, l'appel ne pourra être recevable si la décision de première instance n'est contestée qu'au regard de sa motivation ;
- **Adresser la requête d'appel dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la notification de la décision de première instance.**

Si ces conditions cumulatives ne sont pas remplies, la requête sera jugée irrecevable. Toutefois, selon la nature de la formalité inaccomplie, la chambre disciplinaire peut inviter la partie à régulariser sa requête dans un délai impart. Par exemple, s'il est constaté que la requête n'est pas signée, le requérant est invité dans un délai déterminé à corriger ce défaut. De telle sorte, la requête sera régularisée et considérée comme recevable.

En revanche, il existe un vice qui n'est pas régularisable : celui du délai. En effet, une requête reçue en dehors du délai d'appel ne pourra jamais être régularisée puisque le délai aura déjà expiré. Il convient donc d'apporter une vigilance toute particulière à cette formalité.

Dans l'affaire commentée, afin de

motiver l'irrecevabilité de la requête fondée sur l'expiration du délai de recours, le président a rappelé les règles entourant la computation du délai d'appel.

Les règles essentielles concernant le délai d'appel sont :

- Le délai de 30 jours est franc et son point de départ est fixé le lendemain de la réception de la notification de la décision ;
- Le délai expire à la fin du premier jour ouvrable : donc si le délai expirerait normalement un samedi, un dimanche, un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable ;
- Le dernier jour du délai n'est pas celui de l'envoi de la requête, mais celui de la réception de la requête par le greffe de la chambre saisie.

Dans le cas commenté, il est intéressant de souligner que le délai expirerait normalement le 15 août, soit un jour férié et a donc été prorogé jusqu'au premier jour ouvrable à savoir le 16 août. Or, la requête d'appel envoyée le 16 août par la sage-femme, a été réceptionnée par le greffe de la chambre nationale le 18 août, soit deux jours après l'expiration du délai de recours. De telle sorte, le juge n'a pu que tirer les conséquences de cette irrégularité et conclure par voie d'ordonnance à l'irrecevabilité manifeste non-régularisable au-delà du délai de recours de la requête d'appel.

À travers ce commentaire, il est donc appelé à la vigilance des requérants sur ce formalisme. Il est effectivement regrettable de ne pas pouvoir contester une décision disciplinaire insatisfaisante pour des raisons tenant au formalisme de la procédure.

Adeline Augu

Une directive européenne contre les violences faites aux femmes en demi-teinte



Présentée le 8 mars 2022 par la Commission Européenne, une directive visant à harmoniser le droit dans les pays membres en matière de lutte contre les violences faites aux femmes et la violence domestique a abouti, le 6 février 2024, à un compromis jugé décevant par de nombreux observateurs.

Malgré l'ampleur des violences faites aux femmes, il n'existe pas de législation spécifique européenne relative à ce phénomène. C'est pour répondre à cette lacune et pour harmoniser les législations des états-membres en la matière que la Commission européenne avait proposé une directive visant à garantir un niveau minimal de protection dans l'ensemble de l'UE contre ces violences.

Dans sa version initiale, la directive envisageait de criminaliser le viol, le cyberharcèlement ou encore les mutilations génitales féminines. Cette liste a été enrichie par le Parlement européen qui avait introduit les mariages et stérilisations forcés, ou encore le partage non consenti d'images intimes, autant d'items devant faire l'objet d'un socle de définitions communes.

PAS DE DÉFINITION EUROPÉENNE DU VIOL

Dans son projet initial, la Commission proposait qu'un « *crime de viol* » soit « *caractérisé* » dès lors que la victime n'a « *pas consenti à l'acte sexuel* ». Or, cette définition intégrant la notion de consentement

a été refusée par 10 pays, dont la France, jugeant que cette question relevait de la seule compétence des Etats. Notre pays estime par ailleurs que sa définition du viol est plus protectrice que celle envisagée par la Commission, les victimes n'ayant pas à apporter la preuve de leur absence de consentement.

Maigre compensation : l'accord prévoit la mise en place de permanences téléphoniques et centres d'aide aux victimes de viol et demande aux autorités nationales de protéger ces dernières.

Faute de consensus entre les Etats membres, le viol ne figure donc pas dans le futur texte, qui doit désormais être approuvé par les représentants des Etats membres de l'UE au Conseil.

Claire Akouka et Marianne Benoit Truong Canh

La maïeutique inscrite au patrimoine immatériel de l'Humanité

« La maïeutique : connaissances, savoir-faire et pratiques » a été inscrite au patrimoine culturel immatériel de l'Humanité de l'UNESCO en décembre 2023 à la suite d'un dossier

posé conjointement par la Colombie, Chypre, l'Allemagne, la République Kirghize, le Luxembourg, le Nigéria, la Slovénie et le Togo, soutenu par la Confédération Internationale de sages-femmes (ICM). Selon celle-ci, cette reconnaissance symbolique représente « *une occasion importante de reconnaître au niveau mondial la pratique de la sage-femme et de faire reconnaître les besoins des sages-femmes et des communautés qu'elles soutiennent* ».

Sandrine Brame

Accouchement : des conséquences sur la santé sous-estimées

Une étude publiée dans The Lancet Global Health (<https://bit.ly/4cr22m6>, en anglais) révèle que chaque année, au moins 40 millions de femmes sont susceptibles de souffrir d'un problème de santé à long terme causé par l'accouchement. Les affections postnatales persistent dans les mois, voire les années, qui suivent l'accouchement et représentent une charge de morbidité élevée. Parmi celles-ci figurent notamment les dyspareunies, qui touchent 35 % des femmes dans la période post-partum, les lombalgies (32 %), l'incontinence anale (19 %), l'incontinence urinaire (8 à 31 %), l'anxiété (9 à 24 %), la dépression (11 à 17 %), les douleurs périnéales (11 %), la peur de l'accouchement (tocophobie) (6 à 15 %) et l'infertilité secondaire (11 %). Les auteurs de cette étude constatent que malgré leur ampleur, ces problématiques ne figurent pas dans les politiques de santé nationales ou internationales, minimisant ainsi celles-ci. Ils

appellent à une meilleure reconnaissance de ces affections et à une action collective pour prendre en compte celles-ci, la santé, le bien-être et la qualité de vie à long terme d'une femme étant déterminée par son expérience du travail et de l'accouchement et par la qualité des soins qu'elle a reçus à ce moment-là.

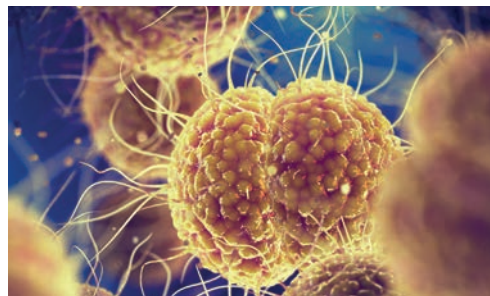
Marianne Benoit Truong Canh

Recrudescence inquiétante des IST en Europe

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a publié des résultats révélant une très forte hausse des infections sexuellement transmissibles en Europe, dépassant largement le niveau d'avant la Covid-19 : les signalements d'infections bactériennes à chlamydia ont augmenté de 16 % entre 2021 et 2022, de 48 % pour la gonococcie et 34 % pour la syphilis, soit respectivement 216 000, 70 000 et 35 000 cas confirmés en 2022.

Pour la directrice de l'ECDC, cette problématique nécessite des actions urgentes : « *Nous devons donner la priorité à l'éducation à la santé sexuelle, élargir l'accès aux services de dépistage et de traitement et lutter contre la stigmatisation associée aux IST.* »

Marianne Benoit Truong Canh



Recommandations de la HAS pour accompagner les femmes enceintes vulnérables



Dans le cadre de la politique des 1000 premiers jours de l'enfant, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations pour encourager le repérage précoce des femmes en situation de vulnérabilité avant, pendant et après la grossesse.

La HAS rappelle au décideurs locaux et nationaux l'importance de mobiliser les moyens organisationnels, humains et financiers nécessaires au déploiement de ces recommandations.

Lien vers les recommandations : <https://bit.ly/4a0ydr0>

Violences, addictions, antécédents dépressifs ou encore précarité constituent quelques-uns des facteurs de vulnérabilité associés à un surrisque de morbidité et de mortalité maternelle, d'anomalies congénitales chez le bébé ou encore d'accouchement prématuré.

Afin de préserver la santé de la mère, de soutenir l'accès à la parentalité du couple et de permettre le développement harmonieux de l'enfant, la HAS a publié des recommandations de bonne pratique pour aider les professionnels au repérage et à l'accompagnement des femmes en situation de vulnérabilité au moment de leur grossesse et après.

L'instance insiste sur la coordination indispensable entre professionnels de la périnatalité, invitant ceux-ci à s'informer sur les ressources locales, régionales et nationales disponibles et à utiliser ces ressources «pour construire le parcours sanitaire et social de la femme».

Ces recommandations s'accompagnent de 6 fiches permettent d'aborder des facteurs particuliers de vulnérabilité : addictions, handicap, milieu carcéral, personnes mineures, précarité, violences au sein du couple. Elles développent les modalités du dépistage et de l'organisation du parcours de soins en fonction de chacune de ces situations et orientent également vers des ressources documentaires externes.

Dans sa communication, la Haute Autorité insiste également sur le rôle des décideurs locaux et

nationaux à qui elle rappelle « l'importance de mobiliser les moyens organisationnels, humains et financiers nécessaires au déploiement de ces recommandations. »

Sandrine Brame

L'impact des troubles du post partum se révèle

Des études récentes portant sur l'anxiété pathologique des femmes en France à 2 mois du post partum et sur le risque de décès des femmes souffrant de dépression périnatale en Suède font apparaître des résultats inquiétants sur la santé mentale des mères après l'accouchement, que ce soit à court terme ou à long terme. Ces conclusions confirment celles de l'étude du Lancet (voir en page 21) qui souligne que la santé des mères est souvent dans l'angle mort des politiques publiques, minimisant voire invisibilisant les problèmes qu'elles peuvent rencontrer.

PLUS D'UN QUART DES FEMMES SOUFFRENT D'ANXIÉTÉ PATHOLOGIQUE À 2 MOIS DU POST PARTUM

Menée sur la base des données collectées dans l'enquête nationale périnatale 2021, une étude révèle que deux mois après l'accouchement, une femme sur six présentait une dépression du post-partum, plus d'une sur quatre un niveau d'anxiété important, et qu'une femme sur 20 déclarait des idées suicidaires. Les conséquences concernent également le développement de l'enfant, avec des troubles du développement cognitif, social et émotionnel et davantage de symptômes anxieux. Les chercheurs estiment que « Ces résultats

sont en accord avec les données internationales sur la santé mentale périnatale (...) et soulignent le caractère fondamental des politiques de prévention et la nécessité d'une adaptation de l'offre de soins en psychologie/psychiatrie, en adéquation avec les besoins importants décrits. » Un des auteurs de l'étude souligne que cette anxiété « qu'on peut avoir tendance à banaliser, est non seulement fréquente mais qu'elle peut aussi avoir des conséquences importantes ».

Lien vers l'étude :
<https://bit.ly/3voDNo5>

UN RISQUE DE DÉCÈS MULTIPLIÉ PAR PLUS DE 6 POUR LES FEMMES SOUFFRANT DE DÉPRESSION PÉRINATALE

Une vaste étude épidémiologique s'est penchée sur le lien entre dépression périnatale et mortalité chez les femmes suédoises.

Les résultats laissent apparaître que la dépression périnatale était associée à un risque accru de mortalité, toutes causes confondues (naturelles et non naturelles). Le risque de décès était particulièrement élevé peu après le diagnostic, multiplié par 5 dans les 30 jours qui suivent, puis diminuait mais restait triplé à un an et était encore significativement élevé à 18 ans après l'accouchement.

Ces femmes présentent un risque accru de décès de causes non naturelles multiplié par plus de quatre, et par suicide en particulier par plus de six.

Sandrine Brame

Lien vers l'étude (en anglais) :
<https://bit.ly/3x5muJc>

L'état du sexisme reste préoccupant

Dans son sixième état des lieux du sexisme en France, le Haut Conseil pour l'Égalité (HCE) entre les femmes et les hommes dresse un tableau sombre de ce phénomène, qui s'aggrave même d'une année sur l'autre dans certaines catégories de population.

« Le sexisme commence à la maison, continue à l'école et explose en ligne » : ce sont les mots qui ouvrent le rapport et résument les résultats issus du « Baromètre sexisme », mené pour la troisième année consécutive par le HCE, instance consultative indépendante française, qui compte parmi ses missions la publication annuelle d'un rapport portant sur l'état du sexisme en France.

Si 92% de la population considèrent que les femmes et les hommes ne sont pas traités de la même manière dans au moins une des sphères de la société, le sexisme n'en reste pas moins une réalité et ce, dès la naissance. Les parents, sans s'en rendre compte, n'élèvent pas les filles et les garçons de la même manière : deux tiers des femmes estiment avoir été éduquées différemment. Malgré la mixité, l'école perpétue les inégalités, avec des conséquences directes sur l'orientation : 74% des femmes n'ont jamais envisagé de carrière dans les domaines scientifiques ou techniques.

En ligne, 75% des femmes affirment ne pas être traitées à égalité. Plus grave encore, les vidéos pornographiques diffusent des contenus misogynes d'une rare violence que 64% des hommes de 25-34 ans disent imiter dans leurs relations sexuelles.

Le rapport révèle également un retour aux valeurs traditionalistes chez les jeunes adultes masculins mais aussi parfois chez les femmes : l'idée « qu'il est normal que les femmes s'arrêtent de travailler pour s'occuper de leurs enfants » gagne 7 points (34 %) chez les intéressées.

Ce sexisme ambiant a bien sûr des conséquences fortes sur le ressenti des femmes : 9 femmes sur 10 déclarent avoir personnellement subi une situation sexiste et la même proportion a déjà renoncé à des actions ou modifié leur comportement pour ne pas être victimes de sexisme.

Les violences sexistes et sexuelles ne reculent pas : 37% des femmes déclarent toujours avoir vécu une situation de non-consentement, un chiffre qui grimpe à plus de 50% chez les 25-34 ans. Chez les hommes, les réflexes masculinistes persèverent : un quart des 25-34 ans pense qu'il faut parfois être violent pour se faire respecter.

Une action publique forte, continue et globale doit donc être menée dans l'éducation, l'espace numérique et l'exercice de la justice.

Lien vers le rapport :
<https://bit.ly/3TPVxCO>



Pour s'attaquer aux racines du sexisme, l'instance émet 3 recommandations : éduquer à l'égalité à travers un programme de sensibilisation et d'orientation effectif, continu et adapté ; réguler la présence et l'image des femmes dans le secteur numérique et sanctionner en faisant du délit de sexisme un véritable outil juridique de condamnation du sexisme.

Marianne Benoit Truong Canh

Les violences conjugales se manifestent aussi en ligne

Le numérique représente un outil accessible et facile à utiliser permettant aux auteurs de violences conjugales de contrôler, surveiller ou menacer leurs victimes. Ce phénomène est loin d'être marginal puisque 9 femmes sur 10 victimes de violences conjugales déclarent avoir subi des cyberviolences conjugales de la part de leur partenaire ou leur ex-partenaire.

COMMENT SE MANIFESTENT LES CYBERVIOLENCES CONJUGALES ?

Dans le cadre de cyberviolences conjugales, le partenaire (ou ex- partenaire) peut utiliser les outils numériques pour surveiller et contrôler les communications ou les déplacements de sa partenaire ou ex-partenaire (cybercontrôle), lui envoyer de manière répétée des insultes ou menaces (cyberharcèlement), diffuser ou menacer de diffuser des photos ou vidéos intimes sans son accord (cyberviolences sexuelles), contrôler et contraindre ses finances ou démarches administratives, par exemple en changeant le mot de passe d'un

compte bancaire (cyberviolences économiques et administratives)... Ces violences peuvent avoir des conséquences importantes sur la vie sociale et sur la santé physique et mentale des victimes : isolement, perte de confiance en soi, sentiment d'insécurité permanent, troubles du sommeil...

UN GUIDE POUR ACCOMPAGNER LES VICTIMES

Le centre Hubertine Auclert, Centre francilien pour l'égalité femmes-hommes, a pour principaux objectifs la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes et la lutte contre les violences faites aux femmes. Il a développé un guide consacré aux cyberviolences conjugales destinés aux professionnels en contact avec des femmes victimes de violences conjugales.

Ce guide se compose de deux parties permettant de mieux comprendre les cyberviolences conjugales et leurs conséquences ; de 8 fiches pratiques pour mieux repérer, accompagner et orienter les victimes des cyberviolences conjugales ; d'un poster qui peut être affiché dans les locaux pour faciliter le repérage et la parole des victimes des cyberviolences conjugales.

Le guide et le poster sont disponibles ensemble ou séparément par téléchargement ou commande sur le site du Centre Hubertine Auclert (<https://www.centre-hubertine-auclert.fr/>).

Isabelle Derrendinger



Lien vers le guide :
<https://bit.ly/3TvDWOG>

Les modalités de dépistage organisé du cancer évoluent



Si l'adhésion au principe du dépistage organisé est élevée au sein de la population française, le passage à l'acte demeure insuffisant, un enjeu auquel ont répondu l'Institut national du cancer et l'Assurance maladie via un nouveau dispositif d'invitation et d'actions « Aller vers ».

DES PARCOURS D'INVITATIONS RENFORCÉS

Ce sont les programmes nationaux des dépistages organisés du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus qui sont visés. En effet, les données de Santé publique France laissent apparaître que la population invitée ne bénéficie pas assez des dépistages organisés : 47,7 % pour le cancer du sein et 58,8 % pour le cancer du col de l'utérus, avec un objectif fixé à 70 % pour ces deux programmes. Afin d'améliorer la participation des populations ciblées, l'Assurance maladie va déployer son expérience en matière d'exploitation des bases de données et de contact avec les assurés (courrier, mail, SMS). Cette année, environ 10,4 millions d'invitations à réaliser un dépistage du cancer du col de l'utérus seront envoyées et 5 millions pour le dépistage du cancer du sein.

LES OPÉRATIONS « D'ALLER VERS »

La CNAM a par ailleurs conçu un programme d'opérations dites « d'Aller vers » auprès des populations les plus fragiles et les plus éloignées

du système de santé (bénéficiaires de la CSS, assurés sans médecin traitant...). Plus d'1,4 million de personnes en situation de fragilité seront ainsi appelées cette année par une centaine de téléconseillers formés spécifiquement.

UN SITE INTERNET REGROUPANT TOUTES LES INFORMATIONS

Enfin, le site internet <https://jefaismondepistage.e-cancer.fr/> regroupe toutes les informations essentielles sur les dépistages organisés, répond aux questions les plus fréquemment posées et se donne également pour objectif de favoriser le passage à l'acte.

Ainsi, chaque espace intègre un accès direct :

- à la liste des radiologues agréés pour le dépistage du cancer du sein ;
- aux plateformes de rendez-vous médicaux en ligne pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- à la plateforme de commande en ligne du test de dépistage du cancer colorectal.

Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : des résultats inégaux

Dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 5 mars 2024, les pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus ont été analysées en 2022. Ce dépistage concerne environ 40% de femmes, celles étant déjà suivies régulièrement par dépistage individuel n'étant pas concernées.

Sur 2022, les tests de dépistage du cancer du col réalisés à la suite d'une invitation représentaient 11,1% des tests avec des différences significatives entre régions, une disparité que les auteurs attribuent pour partie à la pandémie de Covid-19.

Les auteurs ont noté que 36,6% des femmes de 30 à 35 ans ont eu une cytologie en 2022, alors que le précédent dépistage était également une cytologie (les cytologies ne sont recommandées de 30 à 65 ans qu'après un test HPV positif), et invitent les professionnels à se conformer aux recommandations.

Les résultats démontrent une évolution rapide des pratiques pour tendre vers les recommandations en vigueur mais les auteurs estiment que d'autres explorations sont à mener concernant les parcours de dépistage, portant notamment sur le profil des femmes ou le rôle des invitations sur la participation à long terme.

Le HCSP défavorable au dépistage systématique de l'infection à CMV

Saisi par la DGS en avril 2022 afin d'actualiser son avis de 2018, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) maintient sa recommandation de ne pas mettre en œuvre un dépistage systématique de l'infection à cytomégalovirus (CMV) chez les femmes enceintes.

Le HCSP fait notamment valoir l'absence de traitement ayant fait la preuve d'une efficacité et d'une sécurité suffisantes pour être utilisé dans le cadre d'un programme de dépistage systématique. En outre, le HCSP estime que « *la fenêtre d'opportunité d'intervention thérapeutique est très courte* » et que « *la majorité des primo-infections maternelles par le CMV pourrait ne pas être détectée à temps pour la mise en œuvre d'une intervention efficace* ».

L'instance rappelle par ailleurs qu'aucun pays ne recommande un tel dépistage.

Il invite en revanche à renforcer la promotion des mesures d'hygiène générales et la mise en œuvre de nouvelles campagnes d'information auprès des professionnels, des femmes enceintes et de leurs familles. L'avis est daté du 8 décembre 2023, soit avant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, qui instaure pourtant un dépistage systématique du CMV chez la femme enceinte.

Distilbène : évolution des recommandations et guide pour les professionnels

DE NOUVELLES RECOMMANDATIONS POUR LES « FILLES DES »

Le nombre de « filles DES », c'est-à-dire les femmes qui ont été exposées au Distilbène (DES) avant leur naissance, est évalué à 80 000 en France. Elles sont âgées de 46 à 75 ans en 2023.

En janvier 2024, une mise à jour des recommandations de dépistage a été effectuée par la Société Française de Colposcopie et Pathologie Cervico-Vaginale. En raison du risque accru de cancers du col et du vagin, il est désormais proposé à ces patientes, si les résultats de leurs tests précédents sont sans particularités, le dépistage suivant : un prélèvement cervico-vaginal, tous les 3 ans, à analyser par cytologie et test HPV. La surveillance est à poursuivre même en cas d'hystérectomie, et à stopper à 65 ans.

UN GUIDE PRATIQUE POUR LES PROFESSIONNELS

Le Réseau D.E.S. France est une association s'adressant principalement aux femmes et aux hommes concernés par le Distilbène

qui a notamment pour priorité d'informer et de coopérer avec les professionnels de santé.

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 une synthèse des connaissances actuelle, sous la forme d'un Guide Pratique, dont l'édition 2024 vient d'être mise en ligne.

Ce Guide est divisé en deux parties :

- un « Guide résumé » destiné aux « familles DES » et à l'échange d'informations avec les professionnels de santé.
- un « Guide détaillé » destiné plus spécialement aux professionnels de santé : médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes et biologistes, mais aussi à la disposition des « familles DES ».

Anne-Marie Curat



Les deux versions du Guide sont à disposition en bas de toutes les pages du site internet de l'association : des-france.org.

Vers un diagnostic salivaire de l'endométriose ?

Devant le nombre de femmes susceptibles de souffrir d'endométriose, la Haute Autorité de santé (HAS) s'est autosaisie afin d'évaluer l'efficacité et l'utilité clinique du test diagnostique salivaire Endotest® en vue de son remboursement.

Ce test, jugé « prometteur » en termes de spécificité et sensibilité par la HAS, a vocation à être réalisé en 3^e intention après les examens cliniques et d'imagerie, notamment auprès des patientes de 18 ans et plus en âge de procréer, pour

lesquelles une endométriose est fortement suspectée, permettant ainsi de diminuer le nombre de coelioscopies inutiles.

Dans un premier temps, la Haute Autorité propose d'inscrire ce test dans le forfait innovation afin de permettre un accès précoce et une prise en charge dérogatoire, ce qui permettrait à des patientes d'en bénéficier dans le cadre d'une étude d'utilité. Une fois ces données obtenues, la HAS statuera sur le remboursement pérenne d'Endotest, qui coûte 800€.

Catherine Vautrin, ministre du travail, de la santé et des solidarités, lors d'un passage télévisé le 7 mars 2024, s'est engagée plus avant, déclarant que ce test sera sans doute disponible et remboursé à partir de janvier 2025, après une nouvelle expérimentation sur 3.000 femmes jusqu'à la fin de l'année.

**Un test jugé
« prometteur »
par la HAS**

Beyfortus : des premiers résultats très prometteurs

L'ANRS, agence autonome de l'Inserm, a fait savoir que les premières données collectées au cours de la saison hivernale 2023-2024 semblent montrer une efficacité « relativement élevée » du nirsévimab (Beyfortus*, Sanofi/AstraZeneca) pour prévenir les hospitalisations pour bronchiolite chez les nourrissons. L'agence note ainsi que cette saison, l'épidémie est nettement en-dessous de celle de l'année précédente (- 30 à - 40% d'hospitalisations) et que les moins de 3 mois

n'ont représenté que 20 à 40% des enfants hospitalisés pour bronchiolite, bien en-dessous des 50 à 60% usuels.

En juin, la HAS rendra une évaluation sur le service médical rendu par le Beyfortus* dans la stratégie de prévention du VRS responsable de la bronchiolite, notamment sur la base de nouvelles données.

Autre motif de satisfaction, le taux d'acceptation des parents a été de l'ordre de 85%, taux qui servira de guide pour sécuriser le nombre de doses pour le marché

français. Cet engouement avait contraint les autorités sanitaires à réserver les doses aux maternités puis en suspendant transitoirement l'immunisation en ville, puisque les pouvoirs publics avaient estimé le nombre de doses à commander sur la base d'un taux d'acceptation de 50%.

-30 à -40%
d'hospitalisations

Inégalités salariales : des économistes pointent le retard des sages-femmes



Dans le cadre d'une étude de l'Institut de recherches économiques et sociales, publié dans l'ouvrage collectif *Que sait-on du travail*, éditions Sciences Po, les deux économistes Séverine Lemièrre et Rachel Silvera ont travaillé sur l'inégalité salariale à partir du contenu des métiers et ont étudié le cas des sages-femmes. Interview de Rachel Silvera.

De façon très générale, le genre a-t-il un impact sur le parcours professionnel en France ?

Encore aujourd'hui, au 21^{ème} siècle, il y a toujours des points noirs concernant les parcours professionnels des femmes et cela débute avant le marché du travail : les formations restent très sexuées, ce qui s'explique par un faisceau de raisons à la fois familiales et sociétales qui font que les jeunes filles ne s'orientent pas vers toutes les formations existantes. Inversement, les hommes ont accès à plus de métiers, sauf ceux féminisés, auxquels ils sont peu ou pas candidats.

Qu'il s'agisse du recrutement, des conditions de travail, des rémunérations ou des parcours professionnels, les femmes sont défavorisées, même à diplôme égal. Elles vont être confrontées à des inégalités salariales tout au long de leur carrière et l'accès à des possibilités d'avancement est plus complexe. Ce sont les femmes qui subissent le plus la précarité et le temps partiel imposé et même s'il y a des progrès, les salaires des femmes sont inférieurs d'un quart à ceux des hommes.

Plusieurs de vos travaux portent sur le secteur du soin : comment expliquer que les métiers dits de vocation féminine invisibilisent les

qualifications des professionnelles qui les occupent ?

Il y a cette idée selon laquelle certains métiers sont féminisés car il y aurait une « vocation féminine », des compétences « naturelles » qui renvoient à la place des femmes dans la famille : ce sont les femmes qui soignent, qui éduquent, qui écoutent, qui auraient pour trait de caractère l'altruisme et le dévouement. Ce sont certes des stéréotypes mais ils renvoient à une réalité. Dans les familles, il y a toujours une division des tâches au détriment des femmes, celles-ci assurant 70% des tâches domestiques et parentales. De ce fait, les femmes peuvent avoir déployé certains savoir-faire non par un choix délibéré mais parce que la société les y contraint et que les hommes ne prennent pas leur part. Sur le marché du travail, il peut y avoir des vocations mais cela ne doit pas empêcher un métier de se construire en reconnaissance de qualifications, de compétences, de technicités et de responsabilités. Or, pour les métiers féminisés, la réalité du travail dans toutes ces dimensions n'est pas reconnue.

J'ai constaté que beaucoup ignoraient que les sages-femmes avaient un bac +5 : on ne pense pas que c'est un des métiers ultra-qualifiés de notre

société, ce qui illustre le poids symbolique de ces métiers féminisés déconsidérés.

Vous avez choisi de comparer les sages-femmes aux ingénieurs hospitaliers : quelles sont les conclusions... et les limites de cette comparaison ?

Nous avons cherché un comparateur masculin qui aurait un niveau de diplôme similaire et des conditions de recrutement analogue : sages-femmes et ingénieurs hospitaliers sont 2 métiers de catégorie A de la fonction publique et de niveau bac + 5.

En termes de salaire, s'il y a désormais un léger avantage à l'entrée pour les sages-femmes, grâce à leurs nombreuses mobilisations, mais cela devient très vite défavorable pour les déroulements de carrière. Ainsi, on compte 2 grades pour les sages-femmes contre 4 chez les ingénieurs hospitaliers et en fin de carrière, il y a un écart d'environ 500€ en faveur des ingénieurs.

Pour comparer ces métiers, nous avons examiné plusieurs critères énumérés dans le code du travail depuis la loi Roudy de 1983 qui avait inscrit le principe « d'un salaire égal pour un travail de valeur égale ».

Parmi ces critères figure les « capacités » et la technicité. Si le travail des ingénieurs requiert des compétences et des technicités incontournables, il en est de même pour les sages-femmes, d'autant que leurs missions se diversifient et qu'elles sont des techniciennes qui font en plus de l'accompagnement.

Pour le critère de la responsabilité, on constate que les responsabilités hiérarchiques et financières des ingénieurs sont survalorisées tandis que côté sages-femmes, on sous-évalue le fait que deux vies sont entre leurs mains à chaque accouchement.

S'y ajoute le lien très complexe qu'elles ont avec les médecins, qu'elles doivent faire intervenir « ni trop tôt ni trop tard ». Elles sont certes indépendantes et autonomes mais doivent gérer cette présence et tutelle du médecin.

Enfin en termes de conditions de travail et

d'exigences organisationnelles, la comparaison est sans appel : les ingénieurs sont aux horaires de jour, sauf en cas d'astreinte, et rencontrent peu de contraintes physiques. Pour les sages-femmes, la pénibilité est à la fois physique (problèmes de dos par exemple), mais aussi liée aux gardes de 12 heures et au rythme infernal, avec qui plus une charge émotionnelle considérable due aux morts fœtales ou au profil des patientes, bien loin de l'image que l'on se fait du métier (situation de précarité et de violences conjugales notamment). Ce bilan démontre que les sages-femmes devraient gagner davantage, ou au moins bénéficier d'un même déroulement de carrières et de primes que les ingénieurs hospitaliers.

A-t-on des comparaisons avec d'autres pays où les professions féminines de soin seraient mieux valorisées ?

Au Québec, une loi qui existe depuis 1996 permet aux professions à prédominance féminine (70% de femmes) de se comparer à une profession de prédominance masculine ou à un comparateur extérieur si l'entreprise ne compte pas de métier à prédominance masculine. Les infirmières l'ont fait et ont pu obtenir un rattrapage.

Dans un canton en Suisse, des infirmières ont également pu avoir un rattrapage en se comparant aux gendarmes, plaidant notamment que leur métier n'était pas dénué de risques.

S'il y a une culture de l'égalité dans les pays du Nord, il y a encore beaucoup de verrous concernant la mixité des métiers.

Pour la France, il est temps d'appliquer les lois de 1972 et de 1983 et d'exiger la revalorisation des métiers féminisés. Mais pour cela pourquoi ne pas envisager une action de groupe des sages-femmes qui pourraient oser se comparer aux ingénieurs devant les tribunaux ?

Propos recueillis par Claire Akouka

Lien vers les travaux :

<https://bit.ly/3PEj0Up>



REVUE DE PRESSE

L'HÉSITATION VACCINALE - LES MOTS POUR EXPLIQUER

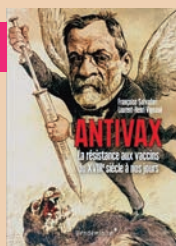
Kristell Guével-Delarue – Presses de l'EHESP



Après avoir présenté la base immunologique et le fonctionnement des vaccins, Kristell Guével-Delarue, médecin en PMI, analyse les principales causes de la réticence et rétablit les vérités scientifiques. Désamorçant les polémiques et les croyances, et renouant avec l'évidence de la vaccination, cet ouvrage se veut un outil pratique et fiable pour répondre aux hésitations des patients comme à celles des praticiens.

ANTIVAX - LA RÉSISTANCE AUX VACCINS DU XVIIIÈME SIÈCLE À NOS JOURS

Françoise Salvadori, Laurent-Henri Vignaud – Vendémiaire Editions



Oppositions religieuses, arguments écologiques, préventions contre une industrie Big Pharma et un État Big Brother... Si internet facilite aujourd'hui la diffusion de théories conspirationnistes, la plupart des courants « antivax » modernes reprennent des arguments nés dès le XVIIIe siècle. Une enquête sur trois siècles d'oppositions à une révolution médicale, qui éclaire les polémiques actuelles à la lumière des débats du passé.

FEMME DEBOUT FACE À LA GUERRE

Justine Masika Bihamba – L'aube



Justine Masika Bihamba est née au Nord-Kivu, en République démocratique du Congo, un pays ravagé par d'interminables conflits depuis plus de trente ans. Elle dénonce dans ce livre les violences sexuelles infligées aux femmes dans les conflits, le viol étant devenue une véritable arme de guerre. Elle y évoque aussi la sororité qui s'organise et appelle à un véritable sursaut contre ce fléau qui touche encore les femmes.