



## FORMATION **EXPERTE**

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES MINEURES EN GYNÉCOLOGIE

---

### EXPERTS INTERVENANTS :

Formation en co-animation

J1 : Alain BISSONNIER : juriste en droit de la santé

J2 : Laure FELDMANN : gynécologue

Expert membre du réseau Phosphoria



Distanciel  
6 et 7 octobre 2027

## SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES MINEURES EN GYNÉCOLOGIE



2 jours



1 205 € TTC



06-07/10/2027 - Distanciel



Disponible en INTRA

## &gt; OBJECTIFS

- Appliquer les règles spécifiques à la prise en charge des mineures en gynécologie, en tenant compte du cadre légal, éthique et institutionnel
- Adapter les pratiques professionnelles aux besoins particuliers des mineures, en intégrant les dimensions médicale, psychologique, sociale et relationnelle
- Identifier les axes d'amélioration organisationnelle et relationnelle, pour renforcer la qualité, la sécurité et la bientraitance dans les parcours de soins

## &gt; PROGRAMME

## I. IDENTIFIER LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE DES MINEURES

- Cadre juridique et réglementaire : règles spécifiques à la prise en charge des mineures en gynécologie
- Les exceptions : la délivrance des soins sans la consultation des parents (situations et modalités)
- Obligations professionnelles en cas de suspicion de violence, de maltraitance ou de mise en danger
- Responsabilités partagées entre les professionnels de santé, les équipes éducatives et les services de protection de l'enfance
- Éthique et confidentialité : assurer la protection et la confidentialité des mineures

## II. OPTIMISER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

- Approches psychologiques et éducatives : méthodes pour mieux comprendre et répondre aux besoins des mineures
- Relation de confiance avec la mineure et son entourage, en tenant compte de la dynamique familiale
- Mobilisation d'outils d'information, de prévention et d'accompagnement adaptés aux jeunes (contraception, IST, consentement sexuel...)
- Coordination interdisciplinaire : collaboration entre les différents professionnels de santé pour une prise en charge intégrée

## III. ÉTUDES DE CAS ET SITUATIONS PRATIQUES

- Analyse de situations réelles : études de cas pour appliquer les connaissances théoriques à des situations pratiques
- Ateliers pratiques : exercices de simulation et jeux de rôle pour renforcer les compétences

## IV. ÉVALUATION DE LA SESSION

## &gt; MODALITÉS PÉDAGOGIQUES

- Apports théoriques
- Travail d'analyse et d'échange à partir des expériences des stagiaires et de l'expert-formateur
- Ateliers pratiques : études de cas, résolution de problématiques complexes, mises en situation
- Séance de questions-réponses
- Évaluation pré-post formation

## &gt; PROFIL DES INTERVENANTS

- Formation en co-animation
- J1 : Alain BISSONNIER : juriste en droit de la santé
- J2 : Laure FELDMANN : gynécologue
- Expert membre du réseau Phosphoria

## &gt; PUBLIC CONCERNÉ

- Personnel des services de Gynécologie-obstétrique
- Sage-femmes et sage-femmes coordinatrices
- Cadres supérieurs et cadres de santé Infirmières
- Psychologues
- Cadres socio-éducatifs et assistants de service social
- Médecins

## LES + PHOSPHORIA

- Interdisciplinarité : approche intégrée avec des experts juridiques et médicaux
- Pratique et théorique : combinaison d'apports théoriques, d'analyses de cas et d'ateliers pratiques
- Focus sur les mineures : formation spécialisée sur les particularités de la prise en charge des mineures en gynécologie
- Actualisation des connaissances : informations basées sur les dernières législations et pratiques en vigueur

# BULLETIN D'INSCRIPTION

VALANT CONVENTION SIMPLIFIÉE DE LA FORMATION CONTINUE

Merci de bien vouloir retourner ce document complété à [formation@phosphoria-formation.fr](mailto:formation@phosphoria-formation.fr)

Organisme de formation spécialisé du secteur sanitaire et médico-social  
Déclaration d'activité n° 1192 08550 92 (cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État)ODPC n°1502

## Référence module : MOD\_01007 Spécificités de la prise en charge des mineures en gynécologie

|                                                                                                                         |                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tarif individuel :                                                                                                      | ▼ Choisir votre session :<br>Durée : 2 jours - 14h de 9h00 à 17h00 ou 1 jour - 7h de 9h00 à 17h00 |
| Notre offre exclusive :<br>pour 2 participants à la même formation -10%<br>pour 3 participants à la même formation -25% | <input type="checkbox"/> 06-07/10/2027 - Distanciel                                               |

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 1

|                                                                                                                    |                                |                                    |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ▼ Civilité                                                                                                         | ▼ Prénom :                     | ▼ Nom :                            | ▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :          |
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr. |                                |                                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ► Fonction (Métier) :                                                                                              |                                |                                    |                                                           |
| ▼ N°RPPS                                                                                                           | ▼ Adresse e-mail (Obligatoire) | ▼ Téléphone portable (Obligatoire) |                                                           |
|                                                                                                                    |                                |                                    |                                                           |

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 2

|                                                                                                                    |                                |                                    |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ▼ Civilité                                                                                                         | ▼ Prénom :                     | ▼ Nom :                            | ▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :          |
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr. |                                |                                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ► Fonction (Métier) :                                                                                              |                                |                                    |                                                           |
| ▼ N°RPPS                                                                                                           | ▼ Adresse e-mail (Obligatoire) | ▼ Téléphone portable (Obligatoire) |                                                           |
|                                                                                                                    |                                |                                    |                                                           |

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 3

|                                                                                                                    |                                |                                    |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ▼ Civilité                                                                                                         | ▼ Prénom :                     | ▼ Nom :                            | ▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :          |
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr. |                                |                                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ► Fonction (Métier) :                                                                                              |                                |                                    |                                                           |
| ▼ N°RPPS                                                                                                           | ▼ Adresse e-mail (Obligatoire) | ▼ Téléphone portable (Obligatoire) |                                                           |
|                                                                                                                    |                                |                                    |                                                           |

### RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER

☐ Cocher cette case si la personne en charge du dossier et le participant sont la même personne

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                    |                                                                                                                                                           |  |                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| ► Civilité :                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr. | ► Prénom :                                                                                                                                                |  | ► Nom :                     |  |
| ▼ Fonction (Métier) :                                                                                                                                                    |                                                                                                                    | ▼ Service ou Pôle d'appartenance :                                                                                                                        |  |                             |  |
| <input type="checkbox"/> Directeur des affaires médicales<br><input type="checkbox"/> Directeurs des soins<br><input type="checkbox"/> Dir/Resp de la formation continue |                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Dir/Resp des ressources humaines<br><input type="checkbox"/> Responsable administratif<br><input type="checkbox"/> Autre : ..... |  |                             |  |
| ► Adresse e-mail (Obligatoire) :                                                                                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                                                                                           |  | ► Téléphone (Obligatoire) : |  |

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT

|                                          |  |                                            |  |
|------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Établissement   |  | <input type="checkbox"/> Personne Physique |  |
| ► Raison Sociale :                       |  | ► Numéro de SIRET :                        |  |
| ► Adresse (numéro, voie et complément) : |  |                                            |  |
| ► Code Postal :                          |  | ► Ville :                                  |  |

### SERVICE FACTURATION

☐ Cocher si identique à l'adresse du service formation

|                                                                                  |         |                                                                                                                           |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ► Prénom :                                                                       | ► Nom : | ► E-mail :                                                                                                                | ► Téléphone :                                             |
| ▼ Frais d'inscription pris en charge par :                                       |         | ▼ Subrogation financière par :                                                                                            |                                                           |
| <input type="checkbox"/> L'Établissement<br><input type="checkbox"/> Participant |         | <input type="checkbox"/> ANFH<br><input type="checkbox"/> Autre OPCO<br><input type="checkbox"/> Autre (préciser) : ..... |                                                           |
| ► Raison Sociale :                                                               |         | ► Facturation sur Chorus Pro :                                                                                            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ► Adresse (numéro, voie et complément) :                                         |         | ► Si oui, N° d'engagement :                                                                                               |                                                           |
| ► Code Postal :                                                                  |         | ► Ville :                                                                                                                 | ► E-mail :                                                |

### SIGNATURES ET CACHETS (Incluant les pages suivantes)

|                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| Fait à.....le ..... | Fait à.....le .....   |
| Le client           | L'Entreprise Médicale |

# POURQUOI CHOISIR

PHOSPHORIA  
par L'Entreprise Médicale

## 30 ans d'expertise & plus de 200 formations dédiées aux professionnels de santé

Phosphoria renouvelle chaque année son offre de plus de 200 modules dédiés à la transformation du secteur santé. Un savoir-faire construit aux côtés des établissements de santé, structures médico-sociales et collectivités locales.

## Une expérience de formation éprouvée et mesurée

Avec 3 500 apprenants formés par an et un taux de satisfaction supérieur à 90 %, Phosphoria s'inscrit durablement comme un partenaire fiable et reconnu.

## Des formations animées par des experts reconnus du terrain

Nos formations sont dispensées par plus de 180 formateurs actifs, professionnels médicaux et non médicaux (coach en management, experts en stratégie...), garantissant une expertise rigoureuse et immédiatement opérationnelle.

## Une offre flexible pensée et adaptée aux contraintes des professionnels de santé

Nous proposons des formats inter et intra-établissement, sur-mesure et au catalogue, distanciel et présentiel, tous adaptés aux impératifs d'organisation et de continuité de service des établissements publics et privés.

## Un ancrage renforcé par le groupe Eduform'Action

En intégrant un groupe accompagnant plus de 60 000 apprenants par an et fort de 5 domaines d'expertise en France métropolitaine et dans les territoires ultra-marins, Phosphoria bénéficie de ressources élargies et d'une solidité renforcée.

### CONDITIONS GÉNÉRALES DE VENTE

#### CONTACT

Si besoin d'une assistance en rapport avec une situation de handicap contactez-nous :

par téléphone : 01 47 24 07 99 - par mail : [formation@phosphoria-formation.fr](mailto:formation@phosphoria-formation.fr)

#### PARTICIPATION

Les prix hors taxe par participant sont indiqués sur le programme de chaque formation inter-entreprise. Les formations intra-entreprise font l'objet d'un devis.

Ce prix non soumis à TVA comprend :

la participation à la session de formation, rafraîchissements, boissons chaudes et viennoiseries (présentiel). Les déjeuners sont à la charge des stagiaires.

#### INSCRIPTION

Dès réception du bulletin d'inscription pour un ou plusieurs participants valant convention simplifiée de la formation continue, une confirmation vous sera adressée. Une convocation et un plan d'accès vous seront adressés ultérieurement.

Notre offre exclusive à la commande :

**pour 2 participants à la même formation -10%**

**pour 3 participants à la même formation -25%**

#### MODALITÉS DE PAIEMENT

Le règlement du prix de la formation a lieu à réception de facture. Celui-ci, en précisant toujours le numéro de facture, comptant et sans escompte, est effectué :

- par chèque à l'ordre de l'Entreprise Médicale
- ou

- par virement direct à l'ordre de : Société Générale, compte l'Entreprise Médicale – IBAN : FR76 3000 3033 9100 0200 2557 831 – BIC : SOGEFRPP

Tout paiement postérieur aux dates d'échéance prévues engendrera des pénalités de retard égales à 1,5 fois le taux d'intérêt légal en vigueur.

#### CONDITIONS D'ANNULATION ET DE REPORT

La signature du bulletin d'inscription vaut bon de commande et signifie acceptation sans réserve des conditions de participation mentionnées ci-dessous.

Toute annulation doit être notifiée par écrit. Les frais suivants s'appliquent :

- Annulation entre 20 et 8 jours ouvrables avant le début d'une Formation Inter-Entreprise : 50 % du prix total.

- Annulation moins de 8 jours ouvrable avant le début d'une Formation Inter-Entreprise : 100 % du prix total.

Les frais d'annulation ne sont pas remboursables par les organismes financeurs.

Report par le client : Les demandes de report doivent être reçues au moins 4 semaines avant le début de la Formation. La nouvelle date doit être fixée dans l'année en cours, en accord avec L'ENTREPRISE MEDICALE.

Report par L'ENTREPRISE MEDICALE : En cas de force majeure, maladie ou indisponibilité d'un formateur, L'ENTREPRISE MEDICALE se réserve le droit de reporter la Formation et en informera le Client dès que possible.

Abandon ou absence : Tout abandon ou absence, même justifié, ne donne lieu à aucun remboursement ni réduction du coût de la Formation.

#### INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les présentes conditions définissent le cadre de collecte et de traitement des données personnelles par L'Entreprise Médicale lors de l'inscription aux formations. Les données requises sont essentielles à la gestion de l'inscription et à la communication relative aux formations.

L'utilisation des données se limite à ces fins, excluant toute cession à des tiers.

L'Entreprise Médicale garantit la confidentialité et la sécurité des données conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1976. Les participants disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, exerçable par demande écrite.

Pour toutes questions relatives à votre inscription,

merci de contacter l'équipe Administration des ventes : [formation@phosphoria-formation.fr](mailto:formation@phosphoria-formation.fr)

