



ORDRE DES SAGES-FEMMES
Conseil National

PROPOSITION DE LOI VISANT A GARANTIR LES DROITS ET LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES

**PROPOSITION DU
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES**

Mars 2023

**TITRE Ier****DOTER LA FRANCE D'UNE STRATEGIE NATIONALE DE LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE****ARTICLE Ier**

Le gouvernement remet au parlement dans les six mois à compter de la publication de la présente loi, un rapport concernant les mesures qu'il entend mettre en place afin de bâtir une stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive à même de réduire les inégalités entre les hommes et les femmes, de prendre en compte les vulnérabilités, d'améliorer la santé génésique et de garantir les droits fondamentaux des femmes.

Ce rapport d'évaluation fait en particulier des propositions pour structurer la politique périnatale afin de garantir notamment l'accès à une offre diversifiée et structurée qui réponde aux attentes et besoins des femmes et des couples.

Ce rapport examine également l'opportunité d'organiser des états généraux de la santé de la femme et celle de la mise en place d'un institut national de la santé sexuelle et reproductive sur le modèle de l'INCa.

TITRE II

RENFORCER LA PREVENTION EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

ARTICLE II

I.- Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 1411-6-2, il est inséré un article L. 1411-6-4 ainsi rédigé :

Art. L. 1411-6-3 – Des rendez-vous de prévention dédiés à la santé sexuelle et reproductive sont prévus à certains âges. Ils peuvent notamment donner lieu à des consultations de prévention et de promotion de la santé génésique réalisées par les médecins et les sages-femmes.

2° À l'article L. 1411-7 :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6, L. 1411-6-2 et L. 1411-6-3 »

b) Cet article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 7° Le nombre et la périodicité des rendez-vous de prévention dédiés à la santé sexuelle et reproductive mentionnés au I de l'article L. 1411-6-3.

3° À l'article L. 1411-8 :

a) Au premier alinéa, après les mots : « mentionnés à l'article L. 1411-6-2 » sont insérés les mots : « et à l'article L. 1411-6-3 »

b) Au troisième alinéa, les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » ; sont remplacés par les mots « aux articles L. 1411-6, L. 1411-6-2 et L.1411-6-3 »

II.- Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 5° de l'article L.160-8, les mots « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » sont remplacées par les mots suivants « aux articles L. 1411-6, L. 1411-6-2 et L.1411-6-3 »

2° À l'article L. 160-14 :

Rédiger le 21° ainsi : Pour les consultations et séances de prévention dédiées à la santé sexuelle et reproductive prévues par l'article L.1411-6-3 du code de santé publique ainsi que pour l'assurée âgée de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1

**ARTICLE III**

I.- Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 1411-6-2, il est inséré un article L. 1411-6-4 ainsi rédigé :

Art. L. 1411-6-4 – 1° Toutes les femmes en situation de handicap bénéficient annuellement d'une consultation adaptée de suivi gynécologique.

2° L'ensemble des personnes handicapées résidant au sein des établissements sociaux et médico-sociaux bénéficient de séances d'éducation à la vie sexuelle et affective et de sensibilisation aux violences faites aux femmes.

2° À l'article L. 1411-7 :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6 à L. 1411-6-4 »

b) Cet article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Les modalités et les conditions de mise en œuvre du dispositif mentionnés au II de l'article L. 1411-6-3. Ces conditions peuvent prévoir une formation à la vie sexuelle et affective ainsi qu'aux violences faites aux femmes des personnels travaillant dans les établissements sociaux et médicaux sociaux accueillant des personnes en situation de handicap. »

3° À l'article L. 1411-8 :

a) Au premier alinéa, après les mots : « mentionnés à l'article L. 1411-6-2 » sont insérés les mots : « et à l'article L. 1411-6-4 »

b) Au troisième alinéa, les mots : « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » ; sont remplacés par les mots « aux articles L. 1411-6 à L.1411-6-4 »

II.- Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 5° de l'article L.160-8, les mots « aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 » sont remplacées par les mots suivants « aux articles L. 1411-6 à L.1411-6-4 »

2° À l'article L. 160-14 :

Rédiger le 21° ainsi : Pour les consultations et séances de prévention dédiées à la santé sexuelle et reproductive prévues par les articles L.1411-6-3 et L 1411-6-4 du code de santé publique ainsi que pour l'assurée âgée de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1

TITRE III

AMELIORER ET SIMPLIFIER LE PARCOURS PERINATAL DES FEMMES

ARTICLE IV

Le chapitre IV du titre II du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6124-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6124-2. – Pour des raisons de sécurité, certaines activités de soins peuvent être soumises à des conditions de fonctionnement particulières requises pour l'accueil de patients. Celles-ci sont fixées par décret pour une période maximale de cinq ans après avis de la Haute Autorité de santé. »

ARTICLE V

I.- Ajouter l'alinéa suivant avant le dernier alinéa de l'article L160-9 du code de la sécurité sociale :

« 4° L'entretien postnatal précoce obligatoire défini au dernier alinéa de l'article L. 2122-1 ainsi que deux séances de suivi post-natal réalisées par une sage-femme dans les quatorze semaines suivant l'accouchement »

ARTICLE VI

I.- Ajouter l'alinéa suivant à la fin de l'article L1225-21 du code du travail :

« Lorsque la sage-femme atteste que l'état de santé de la femme enceinte nécessite un repos afin de prévenir une dégradation ou une aggravation de cet état résultant de la grossesse, le congé de maternité est augmenté de la durée de cet état dans la limite de deux semaines. »

TITRE IV
GARANTIR LE LIBRE CHOIX DU LIEU D'ACCOUCHEMENT
ARTICLE VII

I. – Le III de l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Peuvent également bénéficier de cette aide, dans les mêmes conditions, les sages-femmes soumises à l'obligation d'assurance mentionnée à l'article L. 1142-2 dudit code pratiquant l'accouchement à domicile et accrédités ou engagés dans une procédure de renouvellement de leur accréditation. » ;

2° Aux première et seconde phrases du second alinéa, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « et les sages-femmes ».

II. – L'article L. 4135-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « , ainsi que les sages-femmes pratiquant des accouchements à domicile, » ;

b) À la dernière phrase, les mots : « et les équipes médicales » sont remplacés par les mots : « les équipes médicales, dont les sages-femmes pratiquant des accouchements à domicile » ;

2° Au second alinéa, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « et sages-femmes ».

III. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

ARTICLE VIII

Le gouvernement remet au parlement dans les six mois à compter de la publication de la présente loi, un rapport concernant les mesures qu'il entend mettre en place afin de relancer le développement des maisons de naissance.



TITRE V
RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DES FAUSSES COUCHES

ARTICLE IX

I.- La sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre Ier de la troisième partie du code du travail est ainsi modifié :

1° L'article L. 3142-1 est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° Pour la femme et au partenaire lors de la survenue d'une interruption spontanée de grossesse. »

2° L'article L. 3142-4 est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Trois jours pour la survenue d'une interruption spontanée de grossesse. »

ARTICLE X

I.- Le I de l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° est ainsi modifié :

a) Après la seconde occurrence du mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « En cas d'interruption spontanée de grossesse, le partenaire de la patiente peut également faire l'objet d'un adressage par la sage-femme. » ;

2° Au dernier alinéa, après le mot : « médecins », il est inséré le mot : « , sages-femmes ».

TITRE VI

RENFORCER LA PLACE DES SAGES-FEMMES DANS LE SUIVI GYNECOLOGIQUE

ARTICLE XI

L'article L4151-1 du code de santé publique est ainsi rédigé :

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles [L. 4151-2](#) à L. 4151-4.

La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée.

L'exercice de la profession de sage-femme comporte également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique dans des conditions fixées par décret en conseil d'Etat après avis de la haute autorité de santé.

L'exercice de la profession peut comporter la réalisation des interruptions volontaires de grossesse, dans des conditions fixées par décret.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret. »

ARTICLE XII

L'article L4151-4 du code de santé publique est ainsi rédigé :

Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux et médicaments, ainsi que les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire des substituts nicotiniques à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou assurent la garde de ce dernier. Un décret fixe les conditions de réalisation de ces prescriptions.

Elles peuvent prescrire aux partenaires de leurs patientes le dépistage d'infections sexuellement transmissibles et les traitements de ces infections figurant sur une liste arrêtée par voie réglementaire.



TITRE VII

CARACTÉRISER LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES

ARTICLE XIII

I. – Après la section 3 ter du chapitre II du titre II du livre II du code pénal, est insérée une section 3 quater ainsi rédigée :

« Section 3 quater

« De la violence gynécologique et obstétricale

« Art. 222-33-4 I-Constitue une violence gynécologique et obstétricale, les atteintes à la personne humaine prévue au Titre II, du livre II de la partie législative du code pénal et les outrages prévus à l'article 621-1 du code pénal, commis par un professionnel de santé au cours du suivi gynécologique et obstétrical.

II-Les atteintes à la personne humaine constituant une violence gynécologique et obstétricale sont punies par les peines prévues prévues au Titre II, du livre II de la partie législative du code pénal, par l'interdiction, suivant les modalités prévues par l'article 131-27, d'exercer une profession de santé et le suivi d'un stage prévu aux 1°, 4°, 5° ou 7° de l'article 131-5-1.

III- L'infraction d'outrage sexiste constituant une violence gynécologique ou obstétricale mentionnée au premier alinéa du présent article est punie de trois mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende. Ces personnes encourent également les peines complémentaires suivantes :

1° La peine de stage prévue aux 1°, 4°, 5° ou 7° de l'article 131-5-1 ;

2° Dans le cas prévu au III, un travail d'intérêt général pour une durée de vingt à cent vingt heures.

3° L'interdiction, suivant les modalités prévues par l'article 131-27, d'exercer une profession de santé

II.- Le chapitre II du titre II du livre II du code pénal est ainsi modifié :

1° Après le 7° des articles 222-3 et 222-28, il est inséré un 7° bis ainsi rédigé :

« 7° bis Par un professionnel de santé sur une personne qui recourt à ses services ou lui est confiée ; »

2° Après le 7° bis des articles 222-8 et 222-10, il est inséré un 7° ter ainsi rédigé :

« 7° ter Par un professionnel de santé sur une personne qui recourt à ses services ou lui est confiée ; »

3° Après le 5° de l'article 222-24, il est inséré un 5° bis ainsi rédigé :

« 5° bis Par un professionnel de santé sur une personne qui recourt à ses services ou lui est confiée ; ».

Exposé des motifs :

Mesdames, Messieurs,

Les droits sexuels et reproductifs doivent être garantis afin de permettre l'autonomie et l'émancipation des femmes et, plus largement, de toute personne, quelles que soient l'identité de genre ou l'orientation sexuelle. De plus, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un tiers de la morbidité des femmes en âge de procréer est liée à des problèmes de santé sexuelle.

Ces droits, reflets de la société et de ses évolutions, sont au croisement du politique et de l'intime. Le Conseil économique social et environnemental (CESE), dans son étude sur l'état des droits sexuels et reproductifs en Europe de novembre 2019, montrait que ces droits souvent reconnus restaient questionnés et contestés puisqu'interrogeant les imaginaires collectifs de nos sociétés.

Les droits sexuels et reproductifs ont pourtant connu un fort développement juridique depuis ces 50 dernières années tant au niveau international que français. Ainsi, le droit de disposer de son propre corps, de faire des choix éclairés en matière de sexualité et dans la gestion de sa propre fécondité est protégé. Ces évolutions, issues de luttes politiques et sociales menés par des acteurs et des actrices de la société civile, et en particulier les associations féministes, restent aujourd'hui fragiles, faute parfois d'effectivité réelle.

La mise en œuvre de ces droits est très souvent entravée par des obstacles, des résistances et des contestations croissantes. La promotion de ces droits est limitée faute de prévention efficace et d'éducation à la sexualité.

En France, cette situation paradoxale est illustrée données épidémiologiques. La contraception est désormais intégrée aux pratiques avec plus de 80% des femmes qui utilisent un moyen de procréation. Plus de 80% des jeunes de moins de 25 ans utilisent des préservatifs pendant leurs premiers rapports. Cependant, les IST sont en augmentation de 10% depuis 2012 et la contraception d'urgence reste mal connue. La couverture vaccinale VHB contre l'hépatite B est insuffisante (43% des adolescents de 15 ans) tout comme celle du HPV contre le papillomavirus (45,8% des jeunes filles de 16 ans) malgré les nombreuses campagnes des dernières années. De nombreuses femmes renoncent à un suivi gynécologique faute de professionnel ou en raison du coût. Ainsi, selon une étude de 2019 de la LMDE, seulement 52% des étudiantes déclarent avoir consulté un ou une gynécologue dans l'année et 12% de celles-ci n'ont aucun suivi gynécologique entre 20 et 23 ans. Les compétences gynécologiques des sages-femmes restent encore trop méconnues alors qu'elles pourraient répondre à certains besoins de santé.

Le programme expérimental « Handigynéco » porté par l'ARS Ile-de-France a montré que les femmes en situation de handicap avaient peu accès aux soins gynécologiques et obstétricaux. Elles expérimentent des violences spécifiques liées à l'interaction entre le genre et le handicap parmi lesquelles on compte les discriminations interpersonnelles, le déni de la vie sexuelle, les préjugés sur la maternité ou encore le difficile accès à des soins adaptés. Le Comité femmes du Forum européen des personnes handicapées note que les femmes handicapées « sont victimes de traitements discriminatoires et de maltraitements qui affectent particulièrement leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs, avec des conséquences importantes et parfois irrémédiables sur leur vie ». De plus, selon le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), entre 40 % et 68 % des jeunes femmes handicapées subissent des violences sexuelles avant l'âge de dix-huit ans.



ORDRE DES SAGES-FEMMES

Conseil National

Aujourd'hui, Il est donc indispensable de garantir la possibilité aux femmes de choisir de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent dans le cadre d'une sexualité responsable et sûre. Pour cela mais également améliorer l'accès à ces soins, il est indispensable de lever les freins à l'exercice des sages-femmes. Spécialiste de la physiologie, la sage-femme doit prendre une part de plus en plus importante à la politique de prévention sexuelle et de fertilité, enjeu majeur de santé publique.

D'autre part, la santé périnatale souffre en France d'une absence de vision globale et stratégique et d'un réel. Pourtant, l'offre ne cesse d'évoluer depuis les années 70 : le nombre des maternités a été divisé par trois de façon continue. Ainsi, il y avait 814 maternités en 1996, 593 en 2005, 512 en 2016 et 462 en 2021. La durée moyenne du séjour est passée de 8 jours il y a 40 ans à 4 jours aujourd'hui. D'autre part, le dernier rapport d'EUROPERISTAT (2018), la dernière enquête périnatale (2021) et le rapport de Santé Publique France montrent que si certains indicateurs de santé périnatale sont stables, d'autres sont en détérioration.

Les décrets organisant le fonctionnement des maternités sont désuets et n'ont pas été revus depuis 1998. Ils mentionnent le « secteur naissance » qui fait référence à la salle de naissance et à la salle de césarienne afférente. Or, ce sont généralement les mêmes personnels (médecins et sages-femmes) qui assurent la continuité et la permanence des soins pour l'obstétrique et la gynécologie pour le secteur naissance (salles de naissances, salles physiologiques/natures, bloc opératoire, soins continus qui s'y rattachent, salles dédiées de réanimation néonatale et locaux d'observation et de soins immédiats des nouveau-nés) mais également l'ensemble des activités non programmées de gynécologie ou d'obstétrique, les services d'urgence (urgences dédiées ou non). Dès lors, les soignants et notamment les sages-femmes, lors de la réalisation d'activités multiples (urgences gynécologiques, obstétricales...), ne peuvent garantir l'absence de rupture dans la prise en charge des patientes (absence de surveillance d'un rythme cardiaque fœtal, absence de surveillance de la femme pendant et après l'accouchement, absence de surveillance d'un nouveau-né). La qualité de la prise en charge est de ce fait négligée, y compris dans les secteurs d'hospitalisation accueillant les patientes en amont ou en aval de la naissance en raison des effectifs insuffisants.

De plus, dans cette organisation, l'accompagnement des femmes et des parents est aujourd'hui limité et trop souvent calqué sur le modèle de la prise en charge de la pathologie. La dimension psycho-sociale (repérage des vulnérabilités, des violences mais aussi la prévention...) ainsi que la vision globale prônée par les sages-femmes sont négligées. En effet, le suivi de la femme enceinte est morcelé et se caractérise par une multiplicité d'intervenants. Ainsi, l'accompagnement est souvent peu personnalisé.

Le mouvement « Une femme-Une sage-femme » lancé le 11 novembre 2020 a rassemblé les professionnels et les usagers. Il dénonce la maltraitance dont peuvent être victimes les femmes, conséquence de la maltraitance institutionnelle. Le mouvement porte un message simple : chaque femme doit être accompagnée par une sage-femme pendant toute la durée du travail, ce qui se résume par le slogan « Une femme – Une sage-femme ». Si cette demande semble incompatible avec le système actuel, elle est pourtant une réalité dans plusieurs pays, où le « one-to-one » est déployé et démontre au quotidien ses bénéfices pour la prise en charge des femmes et des nouveau-nés.

L'absence de parcours coordonnés de périnatalité est également préjudiciable. La coordination ville-maternité, malgré la mise en place du PRADO Maternité qui tend à disparaître, est aujourd'hui évaluée négativement par les professionnels (enquête Conseil national de l'Ordre des sages-femmes juin 2020) et les usagers. La crise sanitaire récente a mis en évidence les ruptures dans les parcours qui ont conduit à des défauts de prise en charge à la sortie des maternités. Trop souvent, les parents sont isolés et sans parcours déterminé à la sortie de la maternité. Cet



ORDRE DES SAGES-FEMMES

Conseil National

élément constitue une perte de chance pour la mère et l'enfant. Il favorise l'absence de suivi et l'émergence des dépressions du post-partum.

Pourtant la dépression du post-partum touche aujourd'hui 10 à 20% des femmes après l'accouchement. Les études indiquent fréquemment les effets négatifs de cette dépression sur la relation mère-enfant et sur le développement de l'enfant. De nombreux travaux ont montré une corrélation entre la prévalence de la dépression du post-partum et les modalités de la naissance. Au-delà de l'aspect traumatique physique et de l'accouchement qui est un véritable facteur de risque, la façon dont est préparée, vécue et expliquée la naissance, joue un rôle déterminant dans la survenue des dépressions et du suicide dans le post-partum.

À travers le hashtag #MonPostPartum lancé en février 2020, les femmes ont également témoigné de toutes les difficultés vécues lors de la période post-accouchement et dont on ne parle encore que trop peu. Celles-ci demandent par ailleurs à être davantage informées sur ce qui peut arriver, pendant l'accouchement comme pendant les jours et semaines qui le suivent. Elles désirent être mieux préparées et mieux accompagnées.

Nombre de femmes et de parents désirent un accouchement physiologique et un accompagnement global en dehors du cadre traditionnel des maternités. Toutefois, l'offre des alternatives aux maternités est aujourd'hui très faible. Il est nécessaire d'accompagner le choix des femmes et des parents tout en garantissant la sécurité. Si les maisons de naissances ont été pérennisées dans le cadre de la LFSS 2021, aucune nouvelle structure n'a été ouverte en raison de nombreux freins. A défaut d'organisation par les pouvoirs publics et de recommandations, l'accouchement à domicile est quasiment impossible en France. L'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales restent également très limitée.

La France doit donc faire évoluer son modèle périnatal pour augmenter la sécurité et la qualité des prises en charge et répondre aux attentes des femmes et des couples. La prise en charge des femmes enceintes doit être renouvelée en rendant du temps d'écoute auprès des sages-femmes pour répondre aux différents aspects de la naissance (physique, médical, émotionnel).

La prise en charge doit tendre vers un accompagnement plus global, retrouver une dimension holistique avec la sage-femme comme pivot. Ce modèle permettra de respecter les projets de parentalité, de mieux réduire le stress, les complications, de mieux respecter la physiologie et de garantir davantage la sécurité des accouchements. Dans ce sens, le modèle « une sage-femme par parturiente », doit être mis en place dans les maternités. Cette nouvelle organisation de la périnatalité et des maternités permettra notamment une prévention de la dépression du post-partum aujourd'hui seconde cause de mortalité maternelle.

Enfin, de nombreux mouvements des usagers ces dernières années ont mis en évidence de nombreux problèmes. Apparu sur Twitter le 19 novembre 2014, l'hashtag #PayeTonUtérus a fait émerger plus encore le problème des violences gynécologiques et obstétricales. 7000 témoignages de femmes en 24h ont dénoncé par exemple des propos porteurs d'injonction sur leur physique ou leur volonté ou non d'avoir un enfant, des examens vaginaux brutaux ou pratiqués sans leur consentement, jusqu'à des violences sexuelles.



ORDRE DES SAGES-FEMMES

Conseil National

Dès lors, **l'article premier** du présent texte demande au gouvernement un rapport afin mettre en place une stratégie nationale de la santé sexuelle et reproductive afin mieux garantir les droits et la santé des femmes. Il devra évaluer l'opportunité d'organiser des états généraux de la santé de la femme et de mettre en place un institut pour la santé sexuelle et reproductive sur le modèle INCa afin d'améliorer le pilotage et la cohérence de cette politique publique indispensable à l'égalité entre les femmes et les hommes.

L'article 2 vise à développer l'éducation et la prévention à la santé reproductive et prévention dans le cadre d'une approche globale de la santé génésique. Il est proposé de créer trois nouveaux rendez-vous interviennent à trois moments-clés de la vie des femmes pour accompagner la vie sexuelle et affective et prévenir l'apparition de facteurs de risque ou de pathologies.

Plus spécifiquement, il s'agira :

-Pour les adolescents, de renforcer l'éducation à la vie sexuelle et affective et la promotion de la santé sexuelle et reproductive, de développer une consultation spécifique visant à mobiliser tous les adolescents en faveur de leur santé sur le thème de la contraception, de la prévention et du dépistage précoce des IST, à favoriser l'accès à la contraception, aux outils de prévention (dont les vaccinations) et au dépistage des IST mais aussi à repérer les situations de violence ou de discrimination liées au genre ou à l'orientation sexuelle.

-Pour toutes les femmes en âge de procréer, de pouvoir bénéficier d'une consultation pré-conceptionnelle visant à accompagner les femmes ayant un désir de grossesse afin de promouvoir les actions de prévention (tabac, alcool, vaccinations, acide folique...) pouvant favoriser une grossesse et limiter l'apparition de complications obstétricales.

-Pour toutes les femmes âgées entre 45 et 55 ans de pouvoir bénéficier d'une consultation péri-ménopause afin d'accompagner l'évolution de leur vie génésique dans la perspective de la ménopause.

L'article 3 vise à généraliser le programme Handigynéco créé par l'ARS Ile-de-France afin de favoriser l'accès à la santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap par l'intervention de sages-femmes auprès des femmes en situation de handicap accueillies en établissements médico-sociaux ou au domicile de ces personnes. L'objectif d'Handigynéco est également d'améliorer l'accès à la prévention, à l'information sur la vie affective et sexuelle et de mieux lutter contre les violences faites aux femmes. Ainsi, dans une démarche « d'aller-vers », il s'agit de préserver la santé génésique de ces femmes qui est très souvent négligée voire ignorée.

Dès lors, trois types d'actions complémentaires doivent être déployées : un suivi gynécologique adapté pour ces femmes, une information sur la vie affective et sexuelle (VAS) et sur les violences faites aux femmes (VFF) pour l'ensemble des personnes accueillies dans les établissements ainsi qu'une formation à ces questions pour les professionnels travaillant dans ces structures.

L'article 4 vise à renforcer les effectifs sages-femmes pour les activités en gynécologie obstétrique afin d'améliorer l'accompagnement de la femme et du couple. Dès lors, il est proposé que la HAS établisse des recommandations d'effectifs qui soient revues tous les 5 ans afin de garantir la sécurité des prises en charge.



ORDRE DES SAGES-FEMMES

Conseil National

L'article 5 propose que l'assurance maladie prenne en charge à 100 % dans le cadre du régime maternité l'entretien postnatal précoce ainsi que les séances postnatales afin d'en améliorer l'observance par les femmes.

En effet, si pour améliorer la prise en charge en suites de couches, un entretien postnatal précoce en miroir de l'EPP (entretien prénatal précoce) a été généralisé et deux séances de suivi postnatal sont désormais possibles jusqu'à 14 semaines après l'accouchement, ces examens sont pris en charge par l'assurance maladie et ne sont donc pas pris en charge à 100% dans le cadre du régime maternité.

L'article 6 propose que les sages-femmes puissent attester de l'état de la femme enceinte nécessitant un repos afin d'allonger le congé maternité sur le modèle du « congé pathologique ».

En effet, lors d'une grossesse, le congé maternité peut être augmenté de 15 jours maximum lorsqu'un état pathologique est attesté par un médecin. Aujourd'hui, ce congé est fréquemment proposé dans un cadre de prévention (notamment la prévention de la menace d'accouchement prématuré) mais ne peut être fait par une sage-femme. La sage-femme peut uniquement réaliser des arrêts de travail dans le cadre de l'assurance maladie et non de l'assurance maternité. Ces arrêts étant indemnisés plus faiblement, soit les patientes sont pénalisées dans l'indemnisation de leurs arrêts, soit les sages-femmes doivent orienter les femmes vers un médecin qui ne suit pas la grossesse. Ceci consomme inutilement du temps médical et contrevient à la simplification du parcours de soin.

L'article 7 et 8 visent à développer les alternatives sécurisées à l'accouchement traditionnel en maternité. Le premier propose d'intégrer les sages-femmes au dispositif de l'accréditation des spécialités à risques par la HAS afin de garantir la sécurité des pratiques et de leur permettre d'accéder aux assurances professionnelles couvrant cette activité. Le second demande un rapport au gouvernement afin de déterminer une stratégie pour le développement des maisons de naissance sur l'ensemble du territoire.

L'article 9 et 10 visent à améliorer la prise en charge et l'accompagnement des femmes et des couples lors de fausses couches. Le premier propose de créer un droit à un congé spécifique dans le cadre d'une fausse couche tandis que le second doit permettre à ces professionnels d'adresser directement ces femmes et ces couples vers un psychologue afin qu'elles puissent bénéficier de séances d'accompagnement psychologique prises en charge par l'assurance maladie.

L'article 11 et 12 visent à renforcer la place des sages-femmes dans le suivi gynécologique afin de faciliter l'accès aux soins et d'améliorer la prise en charge de la santé génésique des femmes. Il est ainsi proposé de clarifier le rôle des sages-femmes dans ce domaine et de renforcer la mise en place de véritables parcours de santé génésique coordonnés dans les territoires en précisant par décret et après recommandations de la HAS les conditions d'exercice de cette compétence. Ce diagnostic a également été dressé par le dernier rapport IGAS concernant la réforme des études de sages-femmes au niveau de sa proposition 19. Cette situation permettra de conforter la place des sages-femmes face aux nombreuses interrogations dans la prise en charge des dysménorrhées primaires et notamment pour l'endométriose ou le syndrome des ovaires polykystiques.



ORDRE DES SAGES-FEMMES

Conseil National

Enfin l'article 13, propose de définir juridiquement les violences gynécologiques et obstétricales afin de mieux lutter contre. Il s'agit de clarifier le cadre normatif existant sans le complexifier, et de permettre de fonder les recours éventuels de patients comme de sécuriser les pratiques professionnelles. Il vise également à ériger en circonstance aggravante le fait qu'elles soient commises par un professionnel de santé du fait de leur position d'autorité.

DOCUMENT DE TRAVAIL