

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes

- Audition de Mme Véronique Séhier, coprésidente du Mouvement français pour le planning familial, et de Mme Danielle Gaudry, membre du bureau national du Planning familial, sur le projet de loi relatif à la santé (n° 2302)..... 2

Mardi

13 janvier 2015

Séance de 17 heures

Compte rendu n° 13

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

**Présidence
de Mme Conchita
Lacuey, Vice-
présidente, puis de
Mme Catherine
Coutelle,
Présidente**



La séance est ouverte à 17 heures.

Présidence de Mme Conchita Lacuey, vice-présidente.

La Délégation procède à l'audition de Mme Véronique Séhier, coprésidente du Mouvement français pour le planning familial, et de Mme Danielle Gaudry, membre du bureau national, sur le projet de loi relatif à la santé (n° 2302).

Mme Conchita Lacuey, présidente. Nous avons le plaisir de recevoir aujourd'hui Mme Véronique Séhier, coprésidente, avec Carine Favier, du Mouvement français pour le Planning familial, et Mme Danielle Gaudry, membre du bureau national, qui vont nous exposer leur point de vue sur le projet de loi relatif à la santé. Ce plaisir est d'autant plus grand qu'elles nous font l'honneur d'être parmi nous à quelques jours de l'anniversaire de la loi Veil sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Le droit à l'avortement a évolué depuis quarante ans, nous avons su le consolider et le réaffirmer, et nous ne devons jamais le considérer comme acquis. La ministre de la santé a permis la prise en charge à 100 % de l'IVG : c'était une des promesses fortes de François Hollande en faveur du droit des femmes.

Madame Séhier, militante depuis 1978, vous avez été élue coprésidente du Planning familial début février 2013. Également membre du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh), vous êtes particulièrement impliquée dans la lutte contre les stéréotypes et les violences de genre. Vos remarques et analyses sur les sujets que vous traitez au quotidien nous sont donc très précieuses.

Le projet de loi relatif à la santé, qui sera examiné à la fin du premier trimestre de cette année, s'inscrit dans la continuité de certains articles de la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Il comporte des dispositions relatives à la réduction des inégalités de santé, à l'accès aux soins et à la prévention. Il propose, par exemple, de lever les restrictions existantes sur l'accès à la contraception d'urgence des élèves du second degré auprès de l'infirmerie scolaire, et de faciliter l'accès à l'IVG par voie médicamenteuse en permettant aux sages-femmes de réaliser cet acte.

Nous allons donc écouter vos pistes de réflexion et vos propositions. Mais avant tout, j'ai une pensée particulière pour Simone Iff qui nous a quittés récemment. Éluë à la tête du Mouvement français du Planning familial en 1973, Simone Iff a mené toute sa vie un combat avec les femmes et pour les femmes, et nous ne pouvons que saluer sa participation essentielle à la lutte pour le droit à l'avortement, à la lutte contre le viol et les violences faites aux femmes. Membre du cabinet de la ministre des droits de la femme, Yvette Roudy, de 1981 à 1986, elle fut en particulier à l'initiative de la création de la permanence « Viol, Femme, Information ». Militante, féministe déterminée et passionnée dans sa défense des droits des femmes, dans son combat pour leur émancipation, pour l'égalité entre les femmes et les hommes et contre les stéréotypes, ses idées continueront à nous guider car elles sont les préalables indispensables à la construction d'une société libre et égalitaire.

Mme Véronique Séhier, coprésidente du Mouvement français pour le Planning familial. Nous vous remettons le DVD d'un film que le Planning familial a réalisé à l'occasion de l'université d'été que nous avons tenue en mai 2014, dans lequel Simone Iff témoigne de son expérience et de ses combats.

Dans le cadre du projet de loi relatif à la santé, il nous semble important de renforcer la prévention et la promotion de la santé, de lutter contre les inégalités, notamment en milieu scolaire, de dépasser le décroisement entre prévention, soins et sécurité sanitaire, mais aussi de renforcer la démocratie sanitaire. Cette approche globale, le Planning familial la défend depuis longtemps, ce qui nous avait amenés à remettre à Mme Catherine Coutelle et à M. Christophe Sirugue un document illustrant le millefeuille qui prévaut actuellement dans la prise en charge des personnes.

En matière de sexualité, cette approche globale doit inclure à la fois la prévention et l'accès aux structures. Ainsi, une jeune fille qui vient demander une contraception doit également pouvoir bénéficier d'un dépistage. Or actuellement, il y a des lieux pour le dépistage et des lieux pour l'accès à la contraception, sans compter l'existence d'inégalités territoriales très importantes en matière d'avortement.

La place des sages-femmes est essentielle, mais nous regrettons que le projet de loi limite leur action à l'IVG médicamenteuse. En effet, certains territoires vont souffrir d'un déficit important de médecins, en raison des départs en retraite, en particulier en milieu rural.

Nous nous sommes appuyés sur la Conférence nationale de santé (CNS), dans le cadre de laquelle des jeunes ont travaillé plus particulièrement sur certaines recommandations, que nous n'avons pas retrouvées dans la loi.

Une question importante est de savoir comment va s'articuler cette loi avec la réforme territoriale. La santé sexuelle, entendue au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), intègre toutes les questions relatives à la sexualité, mais aussi à l'éducation, aux stéréotypes, tout ce qui permet aux femmes et aux hommes de vivre leur sexualité de façon libre et épanouie, de faire les choix qui leur conviennent. D'où la nécessité de travailler à la fois sur l'éducation, la prévention et l'accès aux soins.

La loi de 2001 prévoit l'éducation à la sexualité depuis le plus jeune âge, c'est-à-dire dans les écoles, les collèges, les lycées et les établissements accueillant des personnes en situation de handicap, avec un volet contraception pour les mineures, dans la confidentialité si elles le souhaitent. Or cette loi n'est pas réellement appliquée, car les centres de planification, qui dépendent des conseils généraux, se répartissent de façon très inégale sur le territoire : ces derniers s'investissent en effet de manière très différente sur la question de la sexualité des jeunes, qui est un sujet tabou chez certains partenaires.

Dans ce contexte, un grand nombre de jeunes n'ont pas accès à la contraception gratuite en centre de planification. Ce problème se pose de manière aiguë pour les jeunes de dix-huit à vingt-cinq ans en situation de précarité. En effet, comme le montre l'enquête de Nathalie Bajos de mai 2014, des personnes arrêtent leur contraception pour des raisons économiques.

Ainsi, l'accès à la contraception est problématique non seulement pour les jeunes, mais aussi pour les femmes en difficulté financière. Elle l'est aussi pour les femmes ayant droit d'un concubin ou d'un père, qui ne souhaitent pas que leur contraception soit connue. Dans les territoires ruraux, le fait de devoir présenter sa carte Vitale au médecin ou à la pharmacie du village est un frein à l'accès à la contraception. Ce qui pose la question de la confidentialité.

Le projet de loi de santé prévoit la généralisation du tiers payant, ce qui constitue un réel progrès, mais nous regrettons qu'il n'aille pas jusqu'au bout en matière de confidentialité. J'ajoute que la contraception devrait être gratuite, car le reste à charge constitue un frein à l'accès à la contraception pour les femmes qui n'ont pas de mutuelle.

Mme Danielle Gaudry, membre du bureau national du Planning familial. Le droit à la confidentialité s'applique à la contraception, mais aussi au traitement des infections sexuellement transmissibles (IST). Or les femmes ayants droit, qu'elles soient jeunes majeures ou sans droit propre, se trouvent dans une situation problématique dans la mesure où des documents (bordereaux ou sur le site Ameli de l'Assurance maladie) assurent une traçabilité de l'acte. Ainsi, dans la plupart des établissements hospitaliers, conformément à la règle de l'« identito-vigilance », lorsqu'une personne se présente à l'accueil pour une hospitalisation, on lui ressort l'historique de ses hospitalisations. Cela signifie que la confidentialité n'existe plus car la personne accompagnante ou la famille peut découvrir un acte que la jeune femme souhaitait garder confidentiel. Nous avons souligné ce problème auprès d'agences régionales de santé (ARS), qui nous renvoient sur les caisses primaires d'assurance (CPAM) et les hôpitaux

Mme Véronique Séhier. Le projet de loi relatif à la santé comporte un volet sur le dépistage des IST. Il cite les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) comme lieux de ressources, mais pas les centres de planification. Or certains centres de planification permettent une prise en charge globale.

Mme Danielle Gaudry. La « loi Calmat » de 1990 indique pourtant que les centres de planification assurent le dépistage et le traitement des IST.

Présidence de Mme Catherine Coutelle, présidente.

Mme Véronique Séhier. Selon nous, les questions d'accès à la contraception et d'accès aux soins ne devraient pas être trop médicalisées. Nous pensons utile de s'appuyer sur des lieux existants où des professionnels formés, notamment sur leurs propres représentations par rapport à la sexualité des jeunes, pourraient accueillir les personnes afin de répondre à leurs questions et de les orienter correctement. Cette piste rejoint les dispositions du projet de loi relatives au service territorial de santé. Dans les territoires ruraux, ces lieux pourraient être les maisons de santé notamment. En travaillant en réseau, ces personnes ressources, volontaires et formées, recevraient les personnes dans les mêmes conditions que dans un centre de planification ou un CDAG. Des expériences de ce type sont menées en Alsace et dans l'Hérault.

Le problème actuellement est que toutes ces questions sont appréhendées à des niveaux différents. La contraception relève des conseils généraux, qui s'en saisissent ou pas, puisqu'elle est intégrée dans leur politique de protection maternelle et infantile (PMI). Une piste consisterait donc à séparer ce qui relève de la protection maternelle et infantile de ce qui relèverait d'une politique de santé sexuelle – les femmes ne sont pas que des mères ou des futures mères !

J'insiste sur l'importance de l'approche globale pour permettre une prise en charge à la fois de la contraception, des IST et de l'IVG. Car les conseils généraux ne se saisissent pas de la politique de planification familiale de la même manière, si bien que les politiques

départementales peuvent être très hétérogènes au sein d'une même région. Cela entraîne des inégalités importantes sur le territoire.

Le VIH-sida et l'IVG relèvent de l'État, mais certains conseils généraux se sont saisis de cette compétence. Celle-ci est donc totalement morcelée, si bien que certaines jeunes filles ne peuvent pas avoir accès à la contraception et au dépistage dans le même lieu. Sans compter les inégalités, certains lieux de dépistage étant accessibles facilement, quand d'autres ne sont ouverts que deux fois par mois deux heures l'après-midi.

Mme Danielle Gaudry. Comme Véronique Séhier l'a souligné, nous regrettons que le projet de loi de santé limite l'action des sages-femmes à l'IVG médicamenteuse. Actuellement, une première consultation pour une demande d'IVG réalisée auprès d'une sage-femme n'est pas reconnue comme première consultation, et la consultation post-IVG n'est pas autorisée aux sages-femmes. Or ces professionnel-le-s savent faire des choses beaucoup plus compliquées, comme les consultations de déclaration de grossesse ou encore les consultations post-natales. Il convient donc de réfléchir aux nouvelles missions des sages-femmes et à leur parcours de formation. Je précise que la formation des médecins est légère dans ce domaine.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. L'IVG instrumentale doit être réalisée en établissement, et non dans un cabinet.

Mme Véronique Séhier. Actuellement, la loi exige qu'elle soit réalisée à l'hôpital. En Belgique, les centres de planning familial réalisent à la fois les IVG médicamenteuses et les IVG par aspiration, grâce à une convention avec un établissement hospitalier. Cet acte ne nécessite pas un plateau technique important. Cette réponse de proximité permet aux femmes de ne pas faire des kilomètres pour accéder à l'IVG de leur choix.

Mme Catherine Quéré, corapporteuse. Existe-t-il des évaluations sur les risques ?

Mme Danielle Gaudry. Selon les dernières recommandations de l'OMS en matière de bonnes pratiques, l'IVG ne requiert pas de plateau technique lourd, et cet acte peut être réalisé par les professions de santé intermédiaires. Dans un grand nombre de pays, comme les Pays-Bas ou la Belgique, la plupart des IVG chirurgicales sont pratiquées non en établissement hospitalier, mais dans des centres de santé. Des conventions sont passées entre ces centres de planification ou centres de santé et les établissements hospitaliers, lesquels s'engagent à prendre en charge les femmes en cas de complications.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Notre pays comporte très peu de centres de santé et ils sont essentiellement situés en centre urbain.

Mme Danielle Gaudry. De nombreux établissements de proximité ont vu leur service de chirurgie fermer, mais ont maintenu les soins primaires. Or l'IVG est un soin de santé primaire. C'est une piste que je vous sou mets.

Mme Véronique Séhier. L'idéal serait des lieux de proximité et de prise en charge globale, qui traitent de la contraception et du dépistage, tout en assurant la confidentialité.

La confidentialité est une question cruciale. Le tiers payant est une bonne piste pour réduire les inégalités, mais les jeunes mineures doivent présenter la carte Vitale de leurs parents, ce qui constitue un frein à l'accès à la contraception. Dans un territoire rural que je connais, où le centre de planification ne fonctionne pas, faute de personnels, des médecins,

avec lesquels nous avons travaillé sur la sexualité des jeunes, sont prêts à accueillir dans leur cabinet les jeunes dans les mêmes conditions que dans un centre de planification, mais ils ne peuvent pas le faire dans la confidentialité.

Je rappelle que les centres de planification sont censés accueillir des personnes mineures, mais aussi des personnes qui souhaitent préserver la confidentialité ou qui n'ont pas accès aux soins pour des raisons diverses.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Il faudrait peut-être imaginer pour les mineures une carte Vitale personnelle.

Mme Catherine Quéré, corapporteuse. On pourrait étendre le Pass contraception à toutes les régions !

Mme Véronique Séhier. Quand bien même ils ont déjà parlé de sexualité avec leurs parents, les jeunes n'ont pas envie de parler avec eux de leurs premiers rapports sexuels au moment où ils se produisent – ils en parlent plus tard. Nous avons même rencontré dans des centres du Planning familial des jeunes désireux d'échapper à la pression de la mère leur demandant de prendre la pilule dès leur seizième année. Il est très important de prévoir des espaces de liberté qui garantissent la confidentialité pour tous et toutes sur les questions de sexualité.

Mme Danielle Gaudry. Dans le cas d'une IVG pratiquée en médecine de ville, des dispositions légales prévoient une prise en charge totalement anonyme et gratuite pour les jeunes filles mineures sans consentement parental. Pour ce faire, la feuille de soins remplie par le médecin et le relevé de remboursement transmis par l'assurance maladie sont aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'acte d'IVG. Ainsi, la feuille de soins ne comporte pas le nom de la jeune fille, mais un numéro spécifique anonyme IVG – un code par département, qui permet ensuite au médecin d'être payé de la première consultation pour une IVG. Le médecin informe les patientes de ces modalités lors de la première consultation médicale préalable. Ce dispositif est donc payé par le département, qui se fait ensuite rembourser en partie. Pourquoi ne pas appliquer ce dispositif à la contraception ?

Mme Véronique Séhier. Le codage existe également en pharmacie pour la contraception d'urgence gratuite. Les pharmaciens peuvent ensuite être remboursés.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Êtes-vous favorable à l'accès aux pilules progestatives sans ordonnance pour les jeunes filles ?

Mme Danielle Gaudry. Il n'y a pas de contre-indication à ces pilules, ni de suivi spécifique.

Mme Véronique Séhier. Parmi les professionnels de proximité, les infirmières scolaires ont un rôle à jouer, à condition que les établissements scolaires aient les budgets nécessaires pour acheter les contraceptions d'urgence.

J'insiste sur l'importance de s'appuyer sur des professionnels. Car si des jeunes vont sans problème s'adresser à l'infirmière scolaire pour demander une contraception d'urgence, d'autres refusent de le faire par crainte d'une rupture de confidentialité. D'où l'importance des réseaux de proximité. Il s'agirait de repérer autour d'un établissement scolaire les professionnels volontaires qui exerceraient dans les mêmes conditions que dans les centres de planification et vers lesquels seraient orientés les jeunes. D'autant que certaines jeunes

femmes souhaitent un mode de contraception non visible – implant ou stérilet –, ce qui nécessite une intervention médicale. Ainsi, différentes solutions seraient offertes aux jeunes.

Mme Catherine Quéré, corapporteuse. Ne pensez-vous pas utile de prévoir, en début d'année scolaire, une intervention pour informer les jeunes lycéens de l'aide que peut leur apporter l'infirmière scolaire et de leur droit à la confidentialité ?

Mme Véronique Séhier. Les séances d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires sont aussi des espaces d'information.

Mme Conchita Lacuey. Quelles difficultés rencontrez-vous en milieu scolaire ?

Mme Véronique Séhier. Une pétition de l'association Droit de naître demandant de mettre fin à l'intervention du Planning familial en milieu scolaire, au prétexte qu'il fait la promotion de l'avortement, a été envoyée à Mme Vallaud-Belkacem.

À l'heure actuelle, l'éducation à la sexualité dans les établissements est dispensée plutôt en direction des élèves de quatrième et de troisième en lien avec le chapitre sur la fécondation. Le Planning familial intervient à la demande des établissements. Ce travail d'information doit intégrer non seulement les questions de sexualité, mais aussi l'égalité entre les femmes et les hommes, l'égalité entre les différentes sexualités, la lutte contre les discriminations liées à l'orientation sexuelle.

Certains établissements ont inscrit ce travail dans leur projet d'établissement. Pour avoir travaillé avec plusieurs d'entre eux, j'ai pu constater des avancées grâce à l'investissement des enseignants. Il faut donc encourager les proviseurs et les principaux à mener de telles actions, car l'infirmière scolaire ne peut pas tout faire toute seule. Les blagues homophobes dans les couloirs, par exemple, c'est l'affaire de tout l'établissement et non d'une seule personne.

Mme Catherine Quéré, corapporteuse. Cette action dans les établissements est d'autant plus importante qu'elle peut permettre d'éviter des suicides !

Mme Véronique Séhier. J'ai évoqué tout à l'heure la réforme territoriale car, à l'heure actuelle, certains conseils généraux et régionaux s'investissent beaucoup plus que d'autres en faveur des séances d'éducation à la sexualité dans les établissements, ce qui génère des inégalités territoriales très importantes. Il n'est pas admissible que des jeunes n'aient pas accès à cette information. De la même manière, les plateformes téléphoniques sur l'avortement et la contraception n'existent pas dans toutes les régions.

Il est donc important que l'information circule par divers moyens. Certaines personnes privilégieront le contact téléphonique, d'autres préféreront faire des recherches sur Internet, d'autres encore auront besoin de rencontrer des adultes en capacité de répondre à leurs questions. D'où la nécessité d'avoir des professionnels formés et volontaires. Des médecins et des sages-femmes sont prêts aujourd'hui à s'investir. Le problème est de trouver les méthodes permettant d'appliquer cette politique publique sur l'ensemble du territoire, quels que soient les financeurs. La loi devrait s'appliquer de la même manière partout !

Conformément à la législation, les femmes étrangères ont, elles aussi, accès à l'IVG. Or la loi ne s'applique pas de la même façon d'un hôpital à l'autre, certaines femmes se voyant demander de payer l'intervention.

Mme Danielle Gaudry. Au surplus, ces femmes ne bénéficient pas de l'aide médicale d'État (AME), car certains hôpitaux ne font pas la démarche, préférant demander aux femmes le paiement de l'acte par chèque, ce qu'elles ne peuvent pas faire puisqu'elles sont généralement sans papiers. Ce sont donc les associations qui établissent les chèques. Je précise que le ministère a rappelé à l'ordre les hôpitaux de Marseille sur ce sujet.

Mme Véronique Séhier. Nous vous enverrons notre document qui montre le millefeuille des dispositifs existants.

En résumé, les questions de santé sexuelle doivent faire l'objet d'une approche globale, afin de permettre un accès égal aux droits. Ces questions ne se limitent pas aux soins, elles concernent aussi bien la prévention, que l'éducation, l'accès aux soins et aux traitements, et le dépistage.

Par conséquent, nous aimerions que le projet de loi soit amélioré sur plusieurs points. S'agissant de l'infirmerie scolaire, il ne devrait pas se limiter à la contraception d'urgence. S'agissant des IST, il nous semble très important de citer les centres de planification qui sont justement des lieux permettant un accès à la santé sexuelle. Sur l'IVG, il faudrait prévoir un accès dans la proximité et reconnaître la place des sages-femmes pour toutes les IVG – médicamenteuses et par aspiration –, car il est indispensable de garantir aux femmes le droit de choisir la méthode. Cela éviterait que les IVG médicamenteuses jusqu'à un terme très avancé se multiplient, ce qui suppose de renforcer la formation des professionnels. Enfin, le projet de loi doit prendre en considération, en plus des mineures, les jeunes de dix-huit à vingt-cinq ans qui peuvent renoncer à des soins et à la contraception pour des raisons d'inégalités sociales et économiques.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Qu'en est-il des services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SIUMPPS) ?

Mme Véronique Séhier. Ils délivrent uniquement la contraception d'urgence.

Mme Danielle Gaudry. La médecine universitaire est uniquement préventive. En dehors de la contraception d'urgence, les étudiants ne bénéficient pas de prescriptions. Il faudrait donc revoir les missions des SIUMPPS.

Mme Véronique Séhier. Toutefois, les SIUMPPS qui ont ouvert un centre de planification sont devenus des centres de santé. Le développement de cette formule sur tout le territoire serait une bonne chose.

La santé des étudiants est une grande préoccupation, mais il ne faut pas oublier tous les autres, les jeunes en apprentissage notamment. Voilà pourquoi nous prôtons une approche globale renforcée pour le projet de loi de santé.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Merci beaucoup, mesdames.

La séance est levée à 18 heures 15.



Membres présent-e-s

Présentes. - Mme Catherine Coutelle, Mme Conchita Lacuey, Mme Catherine Quéré.