



N° 912

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 1^{er} mars 2023.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION DE LOI, *visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche*,

PAR MME SANDRINE JOSSO,

Députée.

Voir le numéro : 747.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
I. LES FAUSSES COUCHES, DES ÉVÉNEMENTS FRÉQUENTS MAIS PAS BANALS, TROP PEU ACCOMPAGNÉS	5
A. LA FAUSSE COUCHE, ÉVÉNEMENT FRÉQUENT QUI PEUT POURTANT INDUIRE UN VÉRITABLE TRAUMATISME	6
1. Qu'est-ce qu'une « fausse couche » ?.....	6
2. Les fausses couches précoces sont des événements très fréquents.....	7
3. Les fausses couches précoces sont, la plupart du temps, des événements relativement bénins sur le plan médical.....	8
4. Les fausses couches précoces peuvent avoir un impact psychologique important sur les couples qui y sont confrontés.....	9
B. BANALISÉE À TORT VOIRE TABOUE, LA FAUSSE COUCHE EST PEU ACCOMPAGNÉE EN FRANCE	10
1. L'impact psychologique d'une fausse couche est pratiquement occulté dans les recommandations médicales.....	10
2. Aucun accompagnement spécifique n'est prévu pour des couples qui peuvent se sentir abandonnés.....	11
3. Les professionnels de santé manquent des outils et du temps nécessaires à cet accompagnement.....	12
II. METTRE FIN À LA SOLITUDE DES COUPLES CONFRONTÉS À UNE FAUSSE COUCHE	13
A. IL EXISTE DES EXEMPLES DE DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT DES FAUSSES COUCHES	13
B. LEVER LE TABOU DE LA SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE LIÉE À UNE FAUSSE COUCHE	14

COMMENTAIRE DES ARTICLES	17
<i>Article 1^{er} A (nouveau)</i> : Mise en place d'un parcours fausse couche	17
<i>Article 1^{er}</i> : Possibilité pour les sages-femmes d'adresser des femmes ayant subi une fausse couche dans le cadre du dispositif MonParcoursPsy	20
<i>Article 2</i> : Gage de recevabilité	25
TRAVAUX DE LA COMMISSION	27
ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE	47
ANNEXE 2 : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI	49

AVANT-PROPOS

La France a progressé dans l'accompagnement du deuil périnatal, en améliorant la reconnaissance et les droits des parents qui y sont confrontés. Le statut juridique du fœtus mort *in utero* et de l'enfant mort-né sont désormais mieux définis.

Ces évolutions étaient urgentes et indispensables. Elles restent cependant à parfaire : beaucoup reste à accomplir pour mieux soutenir les familles éprouvées par un deuil périnatal, notamment sur le plan psychologique. De plus, elles n'ont concerné que les pertes de grossesse à compter de la quinzième semaine d'aménorrhée, c'est-à-dire les fausses couches tardives, les interruptions médicales de grossesse (IMG), les morts *in utero* et les enfants mort-nés.

Notre rapporteure ne nie pas qu'il y avait une légitimité à se concentrer d'abord sur ces situations de deuil particulièrement éprouvantes pour les familles qui les subissent. Cependant, **l'idée que le deuil périnatal n'existerait pas, ne serait pas un sujet avant quatorze semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire dans les situations de fausse couche précoce, apparaît hautement contestable.** Les études et témoignages affluent sur le caractère éprouvant d'une, voire de plusieurs fausses couches, et sur la solitude ressentie par les femmes et leurs conjoints dans cette situation, alors que notre système de soins se borne à prendre en charge la dimension strictement médicale de la fausse couche, sans accompagnement global de cet événement toujours désagréable et parfois dramatique.

Il apparaît **indispensable de lever le voile sur ces situations, de briser le tabou** qui fait qu'aujourd'hui les femmes et leurs conjoints ne se sentent pas autorisés à manifester leur souffrance, à demander et obtenir de l'aide face à une fausse couche. La France doit prendre en compte ces situations en adoptant une approche holistique de la santé de la femme, ce qui n'implique ni d'imposer un protocole ni de surmédicaliser, mais simplement de manifester de l'empathie, d'expliquer, d'orienter, de proposer.

I. LES FAUSSES COUCHES, DES ÉVÉNEMENTS FRÉQUENTS MAIS PAS BANALS, TROP PEU ACCOMPAGNÉS

La fausse couche est un événement naturel et très fréquent, ce qui ne signifie pas qu'il peut être absorbé sans difficulté par les couples qui y sont confrontés. Cette dimension psychique est pour le moment ignorée ou négligée dans la prise en charge des fausses couches en France. Ce n'est pas sans impact sur la santé mentale des femmes et, plus largement, sur la santé publique.

A. LA FAUSSE COUCHE, ÉVÉNEMENT FRÉQUENT QUI PEUT POURTANT INDUIRE UN VÉRITABLE TRAUMATISME

1. Qu'est-ce qu'une « fausse couche » ?

• Communément appelé « fausse couche », l'**avortement spontané** est défini par l'Organisation mondiale de la santé et par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français comme l'expulsion spontanée de l'organisme maternel d'un embryon ou d'un fœtus non viable pesant moins de 500 grammes, ce qui correspond à environ vingt à vingt-deux semaines d'aménorrhée.

Une fausse couche est **précoce** lorsque l'expulsion intervient avant la quatorzième semaine d'aménorrhée, et **tardive** lorsqu'elle se produit entre la quatorzième et la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée – soit environ cinq mois et demi.

La cause la plus fréquente d'une première fausse couche isolée – 80 % des cas ⁽¹⁾ – est une anomalie chromosomique dans l'embryon, dont le risque augmente avec l'âge. Autrement dit, l'œuf formé n'est pas viable et la grossesse s'interrompt d'elle-même.

Toutefois, plusieurs études ont mis en évidence des **facteurs de risque**, qui expliquent, notamment, les **fausses couches à répétition**, soit trois fausses couches précoces consécutives. Ces facteurs sont notamment l'âge maternel, qui augmente la fréquence des anomalies chromosomiques – en particulier après 35 ans –, un indice de masse corporelle de la mère égal ou supérieur à 25 kg/m², une altération de la réserve ovarienne, le tabagisme et une consommation excessive de café ou d'alcool, l'exposition à des champs magnétiques à des fréquences supérieures à 50 hertz ou à des radiations ionisantes, des antécédents de fausse couche précoce ou d'interruption volontaire de grossesse, certains troubles de la fertilité et, enfin, un âge du père supérieur à 45 ans ⁽²⁾.

Les **facteurs de risques associés à la survenue d'une fausse couche tardive** diffèrent sensiblement. Sont notamment identifiés les âges maternels « extrêmes » – soit moins de 16 ans et plus de 35 ans –, l'existence d'une vaginose bactérienne, un col court au second trimestre de grossesse, l'existence d'une malformation utérine ou encore la pratique d'une amniocentèse.

• Outre la fausse couche, qui désigne ainsi l'expulsion spontanée de l'embryon ou du fœtus, les femmes peuvent être confrontées à **une grossesse arrêtée précoce**, qui survient avant quatorze semaines d'aménorrhée. Dans cette situation, l'embryon a cessé de se développer. Son activité cardiaque, lorsqu'elle avait été

(1) « La fausse couche, un mal banal », L'écho des Gynécos, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2019.

(2) « Recommandations pour la pratique clinique – Les pertes de grossesse », Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2 décembre 2014.

détectée, s'est interrompue. Mais le sac gestationnel demeure dans l'utérus. Il n'y a donc pas de fausse couche à proprement parler, néanmoins la grossesse s'est interrompue spontanément. Dans les faits, ces situations sont assimilées aux fausses couches dans la mesure où elles résultent également d'un arrêt naturel de la grossesse, et nécessitent de vider l'utérus du sac gestationnel qui ne s'est pas – ou pas encore – évacué spontanément.

• L'interruption spontanée de la grossesse peut également survenir au-delà de quatorze semaines d'aménorrhée. On parle alors de **mort fœtale in utero** (MFIU). La MFIU, à partir d'un terme de vingt-huit semaines d'aménorrhée ou d'un poids fœtal de plus de 1 000 grammes, survient dans près de 2 % des grossesses dans le monde et dans 5 naissances pour 1 000 dans les pays à haut revenu. En France, on comptait environ 9 MFIU pour 1 000 naissances en 2013-2014 ⁽¹⁾.

2. Les fausses couches précoces sont des événements très fréquents

• Les fausses couches précoces – dans l'acception large désignant l'arrêt naturel de la grossesse avant quatorze semaines d'aménorrhée – sont des événements fréquents puisqu'elles concernent **entre 12 % et 24 % des grossesses** ⁽²⁾. Le caractère approximatif de cette estimation tient au fait que de nombreuses fausses couches très précoces ne sont vraisemblablement pas détectées, lorsqu'elles surviennent dans les toutes premières semaines, et se présentent comme un simple retard de règles. Chaque année en France, environ **200 000 fausses couches** sont détectées, lesquelles ne constituent ainsi probablement que la partie visible du phénomène.

L'avortement spontané est la complication la plus courante de la grossesse, **une femme sur quatre** y étant confrontée au moins une fois au cours de sa vie ⁽³⁾. C'est l'un des principaux motifs de consultation aux urgences gynécologiques, et un événement quasi quotidien pour gynécologues et obstétriciens.

Le taux de survenue d'une fausse couche croît avec l'âge de la femme et avec le nombre d'accidents antérieurs. Il est de 23 % après deux fausses couches précoces, de 32 % après trois fausses couches précoces, et de 64 % après six fausses couches précoces ⁽⁴⁾.

(1) « *Morts fœtales in utero* », T. Quibel, T. Bultez, J. Nizard et autres, Journal de gynécologie et obstétrique et biologie de la reproduction, vol. 43, n° 10, 2014.

(2) « *Psychologic aspects of early pregnancy lost* », D. Carter, S. Misri, L. Tomfohr, Clinical Obstetrics and Gynecology, 50(1), mars 2007, pp. 154-165.

(3) « *Fausse couches spontanées du premier trimestre. Traitement médical : techniques, avantages et inconvénients* », Mises à jour en gynécologie médicale (vol. 2010), Collège national des gynécologues et des obstétriciens français, 10 décembre 2010.

(4) « *Embryonic karyotype of abortuses in relation to the number of previous miscarriages* », M. Ogasawara, K. Aoki, S. Okada, Fertility and sterility, 73(2), février 2000, pp. 300-304.

La fausse couche tardive est beaucoup plus rare puisqu'elle concerne seulement moins de 1 % des grossesses ⁽¹⁾. Au total, les fausses couches précoces représentent 85 % des fausses couches identifiées, contre 15 % pour les fausses couches tardives.

3. Les fausses couches précoces sont, la plupart du temps, des événements relativement bénins sur le plan médical

La fausse couche précoce est considérée, sur le plan médical, comme un **phénomène physiologique** qui permet d'éliminer dès le début de la grossesse des embryons affectés de malformations génétiques telles qu'ils n'étaient pas viables.

Elle se traduit généralement par des pertes de sang plus ou moins abondantes selon l'avancement de la grossesse, associées à des douleurs abdominales et à des crampes liées aux contractions de l'utérus pour évacuer l'embryon. La douleur physique et les saignements peuvent être intenses et justifier une prise en charge aux urgences gynécologiques. À défaut, les fausses couches sont traitées aux urgences généralistes, mais avec un degré de priorité souvent faible dans la mesure où il s'agit d'une situation médicale rarement préoccupante. En-deçà de vingt-quatre semaines d'aménorrhée, les patientes sont prises en charge par des internes, non par des sages-femmes.

Lorsque l'arrêt de la grossesse a été révélé par des examens de biologie ou d'imagerie sans qu'aucun symptôme ne se manifeste encore, trois options sont possibles :

– **l'expectative**, consistant à attendre l'évacuation spontanée hors de l'utérus. Cette stratégie augmente toutefois les risques d'absence d'expulsion spontanée, de traitement chirurgical non programmé et de transfusion sanguine. Elle n'est donc pas recommandée par les gynécologues ⁽²⁾ ;

– **un traitement médical** à base de misoprostol en vue de provoquer l'expulsion du sac gestationnel qui se produira ainsi en dehors du cadre hospitalier, soit au domicile ou sur le lieu de travail. Ce traitement est responsable de saignements plus prolongés et de douleurs plus fréquentes que le traitement chirurgical. Il est recommandé d'attendre deux jours à deux semaines avant d'envisager une alternative thérapeutique, dans la mesure où le temps dans lequel la substance agit n'est pas précisément connu. Cette option permet d'éviter une hospitalisation ;

– **un traitement chirurgical** sous anesthésie locale consistant à vider l'utérus de la patiente, le plus souvent par aspiration de son contenu. Hors complications, l'intervention est effectuée de manière programmée. Elle permet une évacuation complète de l'utérus dans 97 à 98 % des cas.

(1) « *Recommandations pour la pratique clinique – Les pertes de grossesse* », op. cit.

(2) *Ibid.*

Les complications possibles d'une fausse couche sont d'ordre traumatique, hémorragique ou infectieux – notamment lorsque seule une partie du contenu de l'utérus s'est évacuée. Les données scientifiques montrent qu'elles sont rares, inférieures à 5 % des cas après un traitement chirurgical ou médical. En règle générale, la fausse couche n'affecte pas la fécondité future des femmes et aucun délai ne s'impose avant d'envisager une nouvelle grossesse.

4. Les fausses couches précoces peuvent avoir un impact psychologique important sur les couples qui y sont confrontés

- Aussi courantes et bénignes que soient les fausses couches aux yeux des équipes médicales, elles sont souvent **loin d'être anodines** pour les femmes – et les couples – qui y sont confrontés. Au mieux, la fausse couche est un événement désagréable de la vie d'une femme. Au pire, elle engendre une souffrance intense, un réel traumatisme avec des effets graves sur la vie de la femme et de son entourage. Très souvent, la fausse couche est un événement douloureux aux conséquences importantes sur le plan psychique.

Contrairement à une idée reçue, la souffrance et le traumatisme ne sont pas nécessairement proportionnels à l'avancée de la grossesse interrompue. Une fausse couche très précoce, à quelques semaines d'aménorrhée, peut être vécue comme un véritable drame. Il faut se souvenir qu'une grossesse entraîne **des changements importants dans le corps d'une femme dès les premières semaines** : le bouleversement hormonal induit peut être à l'origine de signes physiques intenses (nausées, fatigues, etc.). Même si une grossesse très précoce n'est pas visible de l'extérieur, elle peut être intensément ressentie.

Il arrive que, même à un stade très précoce, la femme se sente déjà mère ; la fausse couche est alors vécue comme la perte d'un bébé. Elle implique un véritable deuil, similaire à celui vécu après une perte périnatale plus tardive.

L'impact émotionnel n'est donc pas proportionnel à l'âge gestationnel, mais il croît à mesure que la grossesse est investie par les futurs parents ⁽¹⁾.

- Le vécu et **les conséquences psychologiques** de la fausse couche ont été largement étudiés. De nombreux travaux ont évalué le chagrin ainsi que les symptômes dépressifs et anxieux après cet événement. Ainsi, entre 20 % et 55 % des femmes ayant subi un avortement spontané présentent des symptômes dépressifs, 20 % à 40 % des symptômes anxieux, 15 % un état de stress post-traumatique avec des symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hyper vigilance neurovégétative ⁽²⁾.

(1) « La fausse couche : une expérience difficile et singulière », N. Séjourné, S. Callahan, H. Chabrol, Devenir – Revue européenne du développement de l'enfant, 2009/3 (vol. 21), pp. 143-157.

(2) « Fausses couches spontanées du premier trimestre. Traitement médical : techniques, avantages et inconvénients », op. cit.

L'expérience de la fausse couche peut être vécue comme un déshonneur ou un échec, engendrer un sentiment de vide voire de culpabilité. Les femmes éprouvent des sentiments divers comme la dévastation, le chagrin, le traumatisme, la dysphorie, la peur, la honte ou le choc émotionnel. Cet événement peut nécessiter le recours à des tranquillisants ou à des somnifères ⁽¹⁾.

- La perte d'une grossesse peut avoir des effets importants sur l'ensemble de la sphère familiale en affectant les relations avec le conjoint, mais aussi avec les enfants, voire l'entourage élargi.

La douleur du partenaire ne doit pas être négligée puisque 17 % d'entre eux présenteraient également des symptômes dépressifs après une fausse couche ⁽²⁾. Le soutien moral dont ils bénéficient est souvent moins important encore que celui qui est adressé à la femme. Ces symptômes peuvent être directement liés à la tristesse de la perte du bébé ou associés à la difficulté de soutenir leur conjointe.

Les effets sur les relations avec l'entourage varient selon que la grossesse, encore à un stade précoce, avait été officialisée ou non. Il est d'usage de n'annoncer une grossesse qu'une fois effectuée l'échographie du premier trimestre, entre onze et treize semaines d'aménorrhée. C'est d'ailleurs parfois cette échographie qui vient révéler l'arrêt de la grossesse. Ainsi, les fausses couches précoces interrompent souvent des **grossesses qui n'avaient pas été annoncées à l'entourage**. Dans cette situation, le couple éprouvé peut se sentir isolé car sa souffrance n'est pas connue et partagée par ses proches.

- Une fausse couche peut enfin avoir des **conséquences sur les grossesses ultérieures**. Elle peut engendrer une anxiété importante, laquelle accroît la difficulté à retomber enceinte voire le risque d'une nouvelle fausse couche : le stress et la dépression seraient significativement associés à un risque accru de récurrence de fausse couche ⁽³⁾. Elle a également un impact important sur la manière dont le couple vit une grossesse ultérieure, avec l'angoisse de la perte du bébé.

B. BANALISÉE À TORT VOIRE TABOUE, LA FAUSSE COUCHE EST PEU ACCOMPAGNÉE EN FRANCE

1. L'impact psychologique d'une fausse couche est pratiquement occulté dans les recommandations médicales

La fausse couche est rarement un problème grave sur le plan médical. Mais c'est souvent un événement douloureux pour la femme et son conjoint. Les médecins

(1) « Réactions dépressives après une fausse couche », M. Garel, B. Blondel, N. Lelong et autres, *Le carnet/Psy*, 1997(23), pp. 20-22.

(2) « La fausse couche : du côté des hommes », P. Lacroix, F. Got, S. Callaghan, N. Séjourné, *Psychologie française*, vol. 61, n° 3, septembre 2016, pp. 207-217.

(3) « Recommandations pour la pratique clinique – Les pertes de grossesse », op. cit.

confrontés à cette dichotomie peinent à se positionner sur le bon registre d'autant que rien n'est actuellement prévu autrement que sur un plan strictement médical, au sein du système de soins, pour les couples qui y sont confrontés.

Si des progrès ont été réalisés dans l'accompagnement du deuil périnatal au sens plus large (interruptions médicales de grossesse, morts fœtales *in utero*, morts à la naissance), l'accompagnement des fausses couches demeure évanescent, précisément parce que cet événement est considéré comme naturel et non préoccupant sur le plan médical.

Les recommandations précitées de pratique clinique des gynécologues énoncent ainsi, au sujet des morts fœtales *in utero* après vingt-deux semaines, qu'une « *attitude empathique et respectueuse de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale lors de la prise en charge est associée à un meilleur vécu psychologique* ». Cependant, cette recommandation est restreinte aux situations de mort *in utero*, à l'exclusion des fausses couches, alors même que le document porte sur les pertes de grossesse au sens large. Cet oubli est symptomatique d'une tendance à négliger la souffrance psychologique associée à une fausse couche.

Comme le souligne M. Adrien Gantois, président du Collège national des sages-femmes, la question des fausses couches est toujours abordée lorsque gynécologues et sages-femmes interrogent une patiente sur ses antécédents, mais sans explorer la façon dont cette fausse couche a été vécue. Or, cet élément est parfois central pour la suite de la prise en charge. Les effets psychologiques de la fausse couche demeurent ainsi largement **un impensé dans la pratique et dans les recommandations médicales.**

2. Aucun accompagnement spécifique n'est prévu pour des couples qui peuvent se sentir abandonnés

Auditionné par votre rapporteure, le professeur René Frydman, gynécologue-obstétricien pionnier dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation, souligne le « **vide juridique** » qui caractérise l'accompagnement des fausses couches en France ainsi que l'absence de soutien psychologique des couples éprouvés par ces événements. À l'heure actuelle, il n'existe aucun protocole qui leur soit destiné, aucun parcours ni réseau organisé pour répondre à leur demande d'écoute, d'explication, d'orientation.

Il en résulte un **sentiment de détresse et d'abandon** qui semble plus important lorsque la fausse couche se produit en dehors du cadre hospitalier, au domicile voire sur le lieu de travail. Confrontées à des symptômes dont elles n'avaient parfois pas anticipé la violence, les femmes se trouvent alors seules, sans personne à qui parler, parfois même à devoir dissimuler. On soulignera aussi la détresse du conjoint s'il ne sait comment accompagner sa compagne, voire sa culpabilité s'il est absent ou s'il n'a pas accordé toute l'attention nécessaire aux premiers signes qui se sont manifestés.

Votre rapporteure a auditionné le collectif « Fausses couches, vrai vécu », dont les membres ont vécu des fausses couches, et qui milite pour un meilleur accompagnement. Ces femmes soulignent unanimement le **manque d'informations** données à la suite d'une fausse couche. Confrontées à cet événement, elles n'ont pas su à quoi s'attendre ni dans quels délais ; elles n'ont pas su vers qui se tourner pour obtenir de l'aide. Elles soulignent avoir dû glaner les renseignements elles-mêmes, souvent sur Internet, alors qu'il n'existe aucun site institutionnel dédié. Elles vivaient douloureusement leur fausse couche et demandaient du soutien, mais personne n'a su que leur conseiller, à qui les adresser.

Ce manque d'accompagnement peut se trouver **compensé par des initiatives ponctuelles**, sur certains territoires ou dans certains établissements de santé. Par exemple, plusieurs maternités publient des livrets explicatifs destinés aux femmes qui font une fausse couche, lesquels comportent le contact de groupes de parole, voire de psychologues spécialisés.

Votre rapporteure a également rencontré l'association Agapa, qui accompagne le deuil périnatal au sens large. Grâce au renfort de bénévoles, cette structure propose une écoute et un parcours d'accompagnement. Cependant, toutes les femmes dans la détresse n'accomplissent pas cette démarche d'elles-mêmes. Certaines auraient besoin d'être orientées, voire contactées de manière proactive, ce qui impliquerait un lien avec les équipes médicales et paramédicales.

3. Les professionnels de santé manquent des outils et du temps nécessaires à cet accompagnement

• Votre rapporteure a retiré de ses auditions le sentiment d'une **sensibilisation croissante des professionnels de santé au deuil périnatal**, notamment par le biais de formations. Si ce progrès doit être salué, il laisse de côté la question de la fausse couche, qui supposerait d'élargir le vivier des personnels formés à cet enjeu. En effet, toutes les fausses couches ne sont pas prises en charge en milieu hospitalier. Cette sensibilisation et ces formations devraient ainsi toucher davantage le milieu libéral : gynécologues, sages-femmes, radiologues échographistes, psychologues.

Or, trop souvent encore, les professionnels de santé confrontés aux fausses couches n'ont **pas été formés à l'annonce et à l'écoute**. Votre rapporteure a auditionné la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR). Cette profession est très concernée par la problématique des fausses couches car c'est fréquemment lors de l'échographie du premier trimestre ou lors d'une échographie de contrôle que l'arrêt de la grossesse est détecté. Or, les échographistes ne disposent d'aucun protocole, d'aucune recommandation pour annoncer la fausse couche et accompagner la patiente. La nouvelle est nécessairement communiquée de but en blanc, sans délai, puisqu'elle apparaît à l'écran ; les médecins doivent s'en remettre à leur intuition pour savoir comment s'y prendre. Cette situation est d'autant plus inconfortable qu'ils ignorent souvent le motif pour lequel un contrôle échographique est demandé – possiblement une suspicion de fausse couche.

Pourtant, les termes de l'annonce de la fausse couche et les informations données à cette occasion revêtent une importance centrale pour les patientes. Il arrive souvent que **des arguments, qualifiés d'insupportables** pour les femmes éprouvées, soient employés : « *ce n'est pas grave, vous en aurez d'autres* » ou « *il valait mieux que ça se termine maintenant, plutôt qu'on s'aperçoive plus tard qu'il avait des problèmes* ». Le vocabulaire employé peut être inadéquat et choquer les patientes : « *ça va être expulsé* » quand la femme se représente son bébé, par exemple. Ces arguments et cette terminologie sont peut-être recevables du point de vue médical. Ils accroissent la souffrance sur le plan psychologique.

Auditionné par votre rapporteure, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français le reconnaît : la profession a **un travail considérable à accomplir sur le savoir-dire**. Cet aspect ressort également de l'audition du Collège national des sages-femmes dont le président, M. Adrien Gantois, dit travailler à un support pour mieux aborder les phénomènes psychiques dans la prise en charge des patientes.

- Souvent, les professionnels de santé confrontés à la fausse couche ne proposent pas les explications et l'écoute attendues parce qu'ils n'en ont **pas le temps** dans la succession des consultations ou face aux exigences de l'hôpital. Parfois, ces professionnels choisiraient de se protéger en évitant d'être empathiques.

- Pour les médecins, la tâche est compliquée par l'impossibilité de transmettre immédiatement les situations de difficulté psychique importante à un psychologue. L'ensemble des interlocuteurs auditionnés a souligné la **pénurie grave de psychologues hospitaliers**, qui interdit de traiter comme elles devraient l'être les situations de deuil périnatal. Cette situation conduit à adresser les familles à des psychologues libéraux, sans assurance quant à l'effectivité de la prise en charge. Ce contexte rend particulièrement délicat le soutien des patientes hospitalisées pour une fausse couche, jugées moins prioritaires par rapport à d'autres situations de deuil périnatal.

II. METTRE FIN À LA SOLITUDE DES COUPLES CONFRONTÉS À UNE FAUSSE COUCHE

A. IL EXISTE DES EXEMPLES DE DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT DES FAUSSES COUCHES

Les défaillances dans l'accompagnement des fausses couches ne sont pas insurmontables. Il existe des leviers sur lesquels agir pour organiser cet accompagnement, à un coût d'autant plus raisonnable qu'il doit être considéré comme un investissement en termes de santé publique. Comme l'a souligné le professeur René Frydman, **mieux accompagner les femmes après une fausse couche, c'est faire de la prévention**, sur le plan psychologique mais aussi physique – car ce sont les fausses couches mal traitées qui sont souvent à l'origine de complications.

Quels sont ces leviers ? S’agissant du monde du travail, ils ont été identifiés dans le *Parental challenge*, qui propose une charte à des entreprises désireuses de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale. Cette charte a été signée par plus de 130 entreprises qui s’engagent notamment à mettre en place un **arrêt de travail de trois jours** en cas de fausse couche, pour la femme et son conjoint.

En 2021, ce congé spécial pour fausse couche a été **voté en Nouvelle-Zélande**. D’une durée de trois jours également, il est ouvert à la femme et à son conjoint afin qu’ils ne soient plus contraints de recourir artificiellement à des congés maladie, au motif que le deuil qui suit une fausse couche n’est pas une maladie.

S’agissant de l’accompagnement des fausses couches par les équipes médicales, la **Suisse** propose aux femmes qui y ont été confrontées **la visite à domicile d’une sage-femme**. En **Suède**, elles reçoivent **l’appel d’un psychologue** qui prend de leurs nouvelles et recueille une éventuelle demande d’aide.

Si ces différentes mesures n’ont pas forcément vocation à être promues en l’état en France, il importe d’envisager le type d’accompagnement qui pourrait y être mis en place.

B. LEVER LE TABOU DE LA SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE LIÉE À UNE FAUSSE COUCHE

La présente proposition de loi se concentre sur un aspect essentiel de l’accompagnement des couples confrontés à une fausse couche : **l’accès à un suivi psychologique remboursé par la sécurité sociale**. La difficulté, pour les équipes médicales confrontées à une patiente en souffrance, de solliciter efficacement un psychologue a été plusieurs fois dénoncée lors des auditions.

Plusieurs femmes ayant vécu une fausse couche ont également rapporté cet écueil, soit que personne n’ait été en mesure de leur communiquer le contact d’un psychologue spécialisé en périnatalité, soit que le coût ait été dissuasif, soit que l’idée de ce suivi ne leur soit pas spontanément venue sur le moment, alors qu’il s’est avéré plus tard qu’il aurait été utile.

Afin de surmonter ces obstacles, **l’article 1^{er}** élargit l’accès au dispositif MonParcoursPsy instauré par l’article L. 162-58 du code de la sécurité sociale. Les sages-femmes pourront adresser, dans le cadre de ce dispositif, des patientes ayant subi une interruption spontanée de grossesse.

L'article 2 de la proposition de loi comporte le gage de recevabilité.

Au-delà, votre rapporteure estime que la démarche engagée par cette proposition de loi devra être complétée pour un accompagnement global des couples confrontés à une fausse couche. Elle présentera des amendements en ce sens.

*

* *

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er} A (nouveau)

Mise en place d'un parcours fausse couche

Introduit par la commission

Le présent article prévoit la mise en place par les agences régionales de santé d'un parcours fausse couche à l'horizon de septembre 2024.

Ce parcours s'appuiera sur une phase préalable de recensement des dispositifs mis en place par les établissements, professionnels de santé et psychologues au sein de chaque région, qui permettra de faire remonter les bonnes pratiques et d'identifier les acteurs susceptibles de jouer un rôle pilote.

Ce parcours permettra de mettre en place un accompagnement global des couples confrontés à une fausse couche, depuis le moment de la découverte ou de l'annonce de cet événement, jusqu'à la prise en charge des suites sur le plan médical et psychologique.

I. LE DROIT EXISTANT

1. Une situation de « vide juridique » caractérise l'accompagnement des couples confrontés à une fausse couche

Comme mentionné dans l'avant-propos, il n'existe actuellement aucun dispositif juridique systématisant l'accompagnement des femmes confrontées à une fausse-couche, au-delà de la prise en charge médicale qui a été décrite, par voie médicamenteuse ou chirurgicale.

La fausse couche n'est ainsi considérée, dans les protocoles et recommandations de bonne pratique médicales, que pour son impact sur le corps de la femme. Or, cet impact est, le plus souvent, considéré comme faible, voire anodin : à partir du moment où « il n'y a plus rien », on considère que l'événement est clos.

Les études scientifiques citées dans l'avant-propos montrent combien cette façon de considérer les choses est parcellaire. La santé de la femme doit être considérée comme un tout et, de ce point de vue, la fausse couche peut avoir un impact grave à plus ou moins long terme.

Cette approche est parcellaire aussi parce qu'elle ne considère même pas, à aucun moment, l'existence du partenaire de la femme qui a fait la fausse couche, et le fait qu'il peut lui-même être très affecté par cet événement, bien qu'il ne l'ait pas vécu dans son corps.

C'est donc bien une situation de « vide juridique » – pour reprendre les termes du professeur Frydman, auditionné par votre rapporteure – qui caractérise l'accompagnement de la fausse couche, laquelle n'est pas considérée, à tort, comme entrant dans le champ du deuil périnatal.

2. Des initiatives et dispositifs existent, qu'il serait utile de faire connaître, généraliser et mettre en réseau

Ce vide juridique est constaté par les professionnels qui sont confrontés, au quotidien, à l'annonce et au suivi médical des fausses couches. Ils constatent la difficulté de l'annonce, les questions qui se bousculent, les signes de détresse et d'appel à l'aide parfois.

Dans ce contexte, des dispositifs ont pu voir le jour, à l'initiative de certains établissements ou de certains professionnels. Par exemple, de nombreuses maternités ont réalisé des livrets d'information souvent très bien conçus, pour apporter des réponses aux questions des couples. Ces livrets comportent les contacts de personnes à contacter en cas de besoin : un psychologue référent, des associations spécialisées, des groupes de parole... Dans le même esprit, votre rapporteure a eu connaissance du livret réalisé par l'école des parents et des éducateurs de Haute-Garonne ⁽¹⁾. Il y aurait incontestablement un grand bénéfice à imprimer et diffuser ces contenus à grande échelle, afin qu'ils soient immédiatement disponibles lorsqu'un couple subit une fausse couche. Il est cependant fréquent que les établissements n'aient pas les crédits dédiés pour imprimer ces livrets.

Par ailleurs, certains professionnels apprennent à se connaître et à travailler en réseau pour aider ces couples. Par exemple, dans la région de Toulouse, Mme Corinne Cazard-Favarel, psychologue clinicienne, s'est spécialisée en périnatalité. Elle est connue des gynécologues et établissements du secteur, qui peuvent avoir plus facilement le réflexe de lui adresser des patients. En retour, elle sensibilise les professionnels de santé à la problématique du deuil périnatal – sans exclure les fausses couches ! – dans le cadre de formations auxquelles elle contribue.

À l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), l'hôpital Foch, à Suresnes, réfléchit à l'ouverture de créneaux de consultations dédiés aux suites des fausses couches. Ces consultations seraient l'occasion d'appréhender globalement les enjeux médicaux et psychologiques, et d'associer, au-delà de la femme, le couple. Elles permettraient de bâtir un réseau avec les professionnels libéraux du secteur, notamment des psychologues, dont le contact pourrait être communiqué à l'occasion de cette consultation.

Ces initiatives sont autant de bonnes pratiques qu'il importerait de recenser, d'évaluer, de diffuser et de généraliser, en apportant les moyens nécessaires.

(1) [Livret-Fausse-couche-VF.pdf\(ecoledesparents.org\)](http://ecoledesparents.org)

II. LE DROIT PROPOSÉ

Adopté par la commission à l’initiative de la rapporteure, l’article 1^{er} A crée un nouveau chapitre intitulé « Interruption spontanée de grossesse » au sein du code de la santé publique, constitué d’un article L. 2122-6 unique.

● Cet article prévoit la mise en place, au sein de chaque région, de parcours fausse couche visant à accompagner les couples confrontés à cet événement. Établis à l’initiative des agences régionales de santé, ces parcours ont pour objectifs :

– de développer la formation des professionnels médicaux sur les conséquences psychologiques des interruptions spontanées de grossesse ;

– d’améliorer l’information et l’orientation des couples qui y sont confrontés ;

– de faciliter leur accès à un suivi psychologique ;

– et d’améliorer le suivi médical des femmes qui ont subi l’interruption spontanée de grossesse.

● L’article 1^{er} A prévoit que la mise en place de ces parcours se fera au terme d’une période de recensement des dispositifs existants au sein de chaque région. En effet, l’idée n’est pas de faire table rase de ce qui a déjà pu être établi pour accompagner la fausse couche, mais bien de s’en inspirer lorsque cela s’avère fructueux. Il importera donc de procéder à ce recensement des dispositifs et acteurs sur lesquels il sera possible d’asseoir le futur parcours – lequel pourra ainsi tout à fait différer selon les régions.

C’est également la raison pour laquelle la généralisation des parcours a été différée au 1^{er} septembre 2024 : il importe de laisser suffisamment de temps pour bâtir ces parcours en cohérence avec ce qui existe, dans une approche résolument « *bottom-up* ».

*

* *

Article 1^{er}

Possibilité pour les sages-femmes d'adresser des femmes ayant subi une fausse couche dans le cadre du dispositif MonParcoursPsy

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article modifie l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale relatif au dispositif MonParcoursPsy. Dans ce cadre, il autorise les sages-femmes, et pas seulement les médecins, à adresser à des psychologues les patientes confrontées à une interruption spontanée de leur grossesse. Il impose également une obligation d'information des patientes sur la possibilité de bénéficier de ce suivi.

La commission a réécrit cet article afin :

- de lever toute restriction à l'adressage par une sage-femme dans le cadre du dispositif MonParcoursPsy. Les sages-femmes pourront ainsi adresser leurs patientes en tant que de besoin, au-delà des situations de fausse couche.
- d'ouvrir la possibilité aux sages-femmes d'adresser le partenaire de la patiente en situation de fausse couche.

I. LE DROIT EXISTANT

1. Le dispositif MonParcoursPsy

● Annoncé par le Président de la République lors des assises de la santé mentale de l'automne 2022, le dispositif MonParcoursPsy (initialement MonPsy) a été créé par l'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 ⁽¹⁾. Celui-ci a inséré au sein du code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-58 prévoyant, pour la première fois, un dispositif pérenne de prise en charge par l'assurance maladie de consultations auprès de psychologues libéraux, en centre de santé ou en maison de santé. En effet, jusqu'alors, les seules consultations de psychologue prises en charge par l'assurance maladie avaient lieu en établissement de santé ou en établissement médico-social, exception faite du dispositif provisoire Santé Psy Étudiant mis en place pendant l'épidémie de covid-19.

● L'article L. 162-58 dispose que l'assurance maladie prend en charge les séances chez un psychologue libéral, en centre de santé ou en maison de santé, à condition que :

– le psychologue consulté ait été sélectionné par l'assurance maladie et que son engagement ait été formalisé par un conventionnement ;

– le patient ait été adressé par son médecin traitant ou par un médecin impliqué dans sa prise en charge, justifiant la nécessité d'un suivi psychologique.

(1) Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

L'article L. 162-58 laisse à un décret le soin de déterminer les caractéristiques des séances remboursées (nombre, prix, conditions d'éligibilité et d'adressage des patients), les critères de sélection des psychologues et les modalités de conventionnement avec l'assurance maladie, ainsi que les sanctions applicables en cas de non-respect de ce dispositif.

Enfin, il interdit strictement les dépassements d'honoraires pour les séances prises en charge.

• Les mesures réglementaires nécessaires à la mise en œuvre du dispositif MonParcoursPsy ont été prises par un décret du 17 février 2022 ⁽¹⁾. Elles sont désormais codifiées aux articles R. 162-60 et suivants du code de la santé publique, qui prévoient en particulier :

– que les psychologues sont recrutés dans le cadre du dispositif au regard de leur expérience professionnelle, qui ne peut être inférieure à trois ans ;

– qu'une liste des psychologues conventionnés est publiée sur un site dédié par le ministère de la santé ;

– que les patients adressés dans le cadre de ce dispositif doivent être âgés d'au moins trois ans ;

– que l'assurance maladie prend en charge un maximum de huit séances par année civile, dont la première est une séance d'évaluation pouvant faire l'objet d'une tarification différente ;

– que les séances peuvent être assurées par vidéoconférence, à l'exception de la première ;

– que la dernière séance donne lieu à un échange écrit entre le médecin et le psychologue qui peut choisir, s'il y a lieu, d'adresser le patient à un psychiatre.

• Un arrêté du 8 mars 2022 ⁽²⁾ a précisé le tarif des séances ainsi que les critères d'adressage des patients dans MonParcoursPsy. Il en résulte que :

– le dispositif s'adresse aux enfants et aux adultes qui présentent des troubles « d'intensité légère à modérée » (troubles anxieux et dépressifs et troubles du comportement alimentaire légers à modérés, mésusage du tabac, de l'alcool ou du cannabis sans dépendance) ;

– le tarif des séances est établi à 30 euros, à l'exception de la première séance d'évaluation (40 euros), dont 60 % sont pris en charge par la sécurité sociale et 40 % par les complémentaires santé.

(1) Décret n° 2022-195 du 17 février 2022 relatif à la prise en charge des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue.

(2) Arrêté du 8 mars 2022 relatif aux tarifs, codes de facturation et critères d'inclusion du dispositif de prise en charge de séances d'accompagnement psychologique.

● MonParcoursPsy a été lancé en avril 2022. D’après les données du ministère de la santé, au 6 février 2023, 2 770 candidatures de psychologues avaient été reçues et 2 163 psychologues étaient conventionnés. Fin 2022, 76 315 patients avaient consulté dans le cadre du dispositif, pour un total de 297 000 séances prodiguées.

2. La nécessité d’un adressage par un médecin

Les conditions d’accès à MonParcoursPsy ont fait l’objet de négociations difficiles avec les organisations de psychologues, ces derniers réclamant la possibilité d’un accès direct des patients. En effet, les psychologues conçoivent majoritairement leur identité professionnelle dans un rapport d’autonomie avec la médecine, ce qui les rend rétifs à l’idée d’une intervention préalable d’un médecin.

Auditionnée par votre rapporteure, Mme Virginie Piccardi, présidente de la fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP), estime que l’adressage par le médecin peut restreindre l’accès au dispositif pour les patients, notamment précaires, qui ne souhaitent pas s’ouvrir à lui de leurs difficultés psychiques.

Si l’accès direct n’a pas été retenu dans le souci d’inscrire cette prise en charge psychologique dans un parcours de soins, les demandes des psychologues ont été partiellement entendues dans la mesure où la formule de l’adressage a été retenue de préférence à celle de la prescription. L’adressage est la modalité utilisée pour orienter les patients vers un médecin spécialiste alors que la prescription prévaut pour des soins paramédicaux. Cette formule permet ainsi de dissiper l’idée d’une subordination du suivi psychologique au médecin.

Le praticien à l’origine de l’adressage peut être le médecin traitant mais aussi « *tout médecin impliqué dans le suivi du patient* », formulation qui laisse une souplesse nécessaire quant à l’auteur de l’adressage, lequel peut être aussi bien un généraliste qu’un spécialiste, un médecin libéral qu’un hospitalier, un médecin scolaire ou d’un service de santé universitaire.

3. Les sages-femmes sont de plus en plus confrontées aux fausses couches

La profession de sage-femme est en profonde mutation, du fait notamment de l’accroissement de leurs responsabilités en matière de prévention et de suivi des grossesses. Si on les trouve encore majoritairement en établissement de santé, la proportion des sages-femmes exerçant une activité libérale ne cesse de croître : selon les chiffres de la direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques ⁽¹⁾, elles étaient 34 % à privilégier cette modalité d’exercice en 2020, contre 20 % en 2012, et cette proportion devrait atteindre 50 % en 2050.

(1) « *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?* », Les dossiers de la Drees n° 76, mars 2021.

Les sages-femmes sont également toujours plus nombreuses à obtenir le diplôme inter-universitaire d'échographie gynécologique et obstétricale, commun aux médecins, qui permet de procéder à des échographies fœtales et obstétricales, en particulier les trois examens échographiques de dépistage de la grossesse.

Ce développement de la pratique et des compétences des sages-femmes les confronte davantage au diagnostic et à l'annonce d'une fausse couche, et donc à la nécessité d'accompagner les patientes et leur conjoint dans cette situation.

Or, les études montrent qu'il est utile, afin de prévenir une dégradation ultérieure de l'état psychique des patientes, de proposer sans délai un soutien psychologique – ce qui n'exclut pas que la patiente puisse souhaiter n'en bénéficier que plus tardivement ⁽¹⁾. Ces données plaident pour que les sages-femmes, lorsqu'elles assument le rôle de premier intervenant auprès des femmes qui subissent une fausse couche, puissent les adresser à un psychologue dans le cadre de MonParcoursPsy.

II. LE DROIT PROPOSÉ

1. Ouvrir l'adressage par les sages-femmes dans le dispositif MonParcoursPsy

L'article 1^{er} modifie le 2^o du I de l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale relatif au dispositif MonParcoursPsy, afin de prévoir que l'adressage qu'exige ce dispositif peut provenir d'une sage-femme pour les patientes confrontées à une interruption spontanée de grossesse.

Les femmes dans cette situation n'auront plus à consulter un médecin – généraliste ou gynécologue – pour accéder à ce dispositif. Elles pourront être directement adressées par la sage-femme qui a détecté ou confirmé la fausse couche.

2. Systématiser l'information des patientes sur leur droit à bénéficier de ce dispositif lors d'une fausse couche

L'article 1^{er} précise également que les sages-femmes veillent à informer les patientes confrontées à une fausse couche de la possibilité qui leur est offerte de bénéficier d'un soutien psychologique dans le cadre du dispositif MonParcoursPsy.

Il s'agit de faire en sorte que les professionnels médicaux soient proactifs dans l'accompagnement des femmes qui subissent une fausse couche. En effet, de nombreuses femmes sont en état de choc lorsque la nouvelle leur est annoncée ; elles n'ont pas le réflexe de demander les informations nécessaires et de solliciter une aide.

(1) « The utility of a psychological intervention for coping with spontaneous abortion », *Journal of reproductive and infant psychology*, Natalène Séjourné, août 2010.

Il revient aux professionnels de santé d'apporter ces informations et de proposer cette aide spontanément. La patiente sera libre de s'en saisir, ou non, dans les délais qui lui conviendront.

En effet, s'il importe que cette aide soit systématiquement proposée afin que les patientes aient connaissance de son existence, il ne serait pas pertinent de la systématiser. Toutes les femmes n'ont pas besoin d'un soutien psychologique, y compris parmi celles qui vivent difficilement la fausse couche. Les études montrent qu'une proportion importante de ces femmes surmonte l'événement spontanément, sans qu'un suivi psychologique soit nécessaire ⁽¹⁾.

III. LES MODIFICATIONS ADOPTÉES PAR LA COMMISSION

À l'initiative de la rapporteure, la commission a adopté un amendement de rédaction globale de l'article 1^{er}. Cette réécriture visait une amélioration de la rédaction de cet article mais aussi un élargissement de son spectre, dans le but :

– de lever toute restriction à la possibilité pour les sages-femmes d'adresser leurs patientes dans le cadre du dispositif MonParcoursPsy ;

– de prévoir que la sage-femme peut également adresser le partenaire de sa patiente lorsque le couple est confronté à une fausse couche.

● À cette fin, le 1^o complète le 2^o du I de l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale pour préciser que les sages-femmes peuvent, de la même manière que les médecins, être à l'origine de l'adressage dans le cadre du dispositif MonParcoursPsy. Par cohérence, cet ajout est aussi effectué au dernier alinéa du I de cet article.

Il n'est plus question, désormais, d'une situation de fausse couche ; les sages-femmes pourront donc adresser leurs patientes dès lors qu'il apparaît, dans le cadre de leur suivi – pendant ou en dehors d'une grossesse – qu'un accompagnement psychologique serait utile.

Cette nouvelle rédaction pourra ainsi embrasser toutes les situations de détresse psychique fréquemment relevées chez les femmes, notamment le post-partum.

● Le 2^o complète également les conditions d'adressage dans le cadre de l'article L. 162-58 pour prévoir la possibilité pour les sages-femmes d'adresser aussi le partenaire d'une de leurs patientes dans le cadre du dispositif MonParcoursPsy. Mais cette possibilité est restreinte aux situations où le couple se trouve confronté à une fausse couche.

(1) Ibid.

En effet, comme mentionné dans l'avant-propos, il existe des études scientifiques qui attestent l'impact psychologique important des fausses couches sur les partenaires des femmes ayant subi cet événement. Il s'agit donc ici d'apporter une réponse à cette situation particulière. Il importe que les conditions d'adressage soient strictement définies, s'agissant des conjoints, dans la mesure où leur suivi n'entre pas dans les compétences des sages-femmes.

Au total, lorsqu'un couple est confronté à une fausse couche, ses deux membres pourront être adressés à un psychologue lors de la consultation avec la sage-femme, sans que le partenaire ait à prendre rendez-vous avec son médecin par ailleurs pour bénéficier de ce suivi.

*

* *

Article 2

Gage de recevabilité

Supprimé par la commission

Cet article vise à prévoir un mécanisme de compensation de la charge qui résulterait, pour l'État, de l'adoption de la présente proposition de loi.

I. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

La présente proposition de loi, en augmentant le nombre de patientes ayant vocation à être orientées vers le dispositif MonParcoursPsy, est de nature à accroître les charges publiques.

En conséquence, l'article 2 gage ces charges par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

La commission a adopté un amendement du Gouvernement visant à « lever le gage » de la proposition de loi, en supprimant l'article 2.

*

* *

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Au cours de sa seconde réunion du mercredi 1^{er} mars 2023 ⁽¹⁾, la commission examine la proposition de loi visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche (n° 747) (Mme Sandrine Josso, rapporteure).

Mme Sandrine Josso, rapporteure. Cette proposition de loi porte sur un sujet dont on parle trop peu : les fausses couches. Nombre d'entre nous y ont pourtant été confrontées, de manière directe ou indirecte ; une grossesse sur quatre se termine de cette façon.

On appelle « fausse couche » un arrêt naturel de la grossesse avant vingt-deux semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire avant cinq mois et demi de grossesse. Avant quatorze semaines, c'est une fausse couche précoce, entre quatorze et vingt-deux semaines, une fausse couche tardive.

Cette proposition de loi porte principalement sur les fausses couches précoces, non que les fausses couches tardives, ou les autres formes de deuil périnatal – morts *in utero*, interruptions médicales de grossesse, enfants mort-nés – ne soient pas un sujet pour le législateur, au contraire, mais elles ne sont pas l'objet de ce texte.

Cette proposition vise des événements qui sont considérés comme totalement en dehors du champ du deuil périnatal. Des fausses couches précoces, il y en a chaque année des centaines de milliers. Les médecins nous expliquent, non sans raison, que c'est un phénomène naturel, qui permet d'éliminer des embryons affectés de malformations chromosomiques telles qu'ils n'étaient pas viables. Cela ne se conteste pas.

Ce qui me semble beaucoup plus contestable, c'est l'idée que, parce que la fausse couche précoce est un phénomène naturel, qui survient souvent alors que la grossesse n'est pas encore visible, voire pas encore annoncée, elle n'est pas un problème pour les femmes qui la vivent. C'est cette idée fausse que ma proposition de loi veut combattre. La fausse couche, c'est au mieux un événement très désagréable de la vie d'une femme, dont elle se remettra avec le temps, et souvent avec la survenue d'une nouvelle grossesse. Mais dans bien des cas, la fausse couche est, pour la femme et pour le couple, une épreuve physique et surtout psychologique.

Ce n'est pas le cas pour toutes les femmes, mais les études montrent qu'entre 20 % et 55 % des femmes qui ont subi une fausse couche présentent des symptômes dépressifs, et que 15 % développent un véritable stress post-traumatique. Quant aux partenaires, 17 % présentent des symptômes dépressifs après une fausse couche.

(1) https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12922027_63eca40dea66d.commission-des-affaires-sociales--protection-des-familles-d-enfants-touchees-par-une-affection-de-lo-15-fevrier-2023

L'impact psychologique de la fausse couche précoce est donc tout sauf anecdotique. C'est un enjeu réel pour la santé mentale des femmes et, plus généralement, un enjeu de santé publique.

Si ce sujet est à ce point occulté dans la société et dans le monde médical, c'est, je l'ai constaté lors de mes auditions, parce que certaines idées reçues sont encore largement véhiculées. Ainsi, le chagrin lié à une perte de grossesse serait proportionnel à l'âge de la grossesse – ce qui expliquerait que les fausses couches précoces ne sont pas ou seulement peu douloureuses. Or toutes les études montrent que c'est faux ! L'impact émotionnel n'est pas lié à l'âge gestationnel ; il dépend de la manière dont les futurs parents investissent la grossesse et se projettent. Une femme enceinte de quelques semaines peut déjà se sentir mère, *a fortiori* lorsque la grossesse a été très désirée et longtemps attendue.

Il est donc urgent de briser le tabou sur les fausses couches.

Sur le plan médical, les femmes concernées sont bien prises en charge. Mais l'impact psychologique est trop souvent sous-estimé, voire négligé au point de plonger les femmes et leurs partenaires dans la détresse. Il y a bien sûr des professionnels de santé très empathiques, qui savent trouver les mots justes dans cette situation. Il y a aussi, çà et là, des initiatives locales très utiles, qui permettent aux couples éprouvés d'être informés, accueillis, écoutés, rassurés.

Mais, globalement, l'accompagnement n'est pas institutionnalisé. Les nombreux professionnels médicaux – gynécologues, sages-femmes, échographistes – que j'ai auditionnés se disent souvent démunis lorsqu'il faut annoncer et expliquer la fausse couche ; ils ne savent pas vers qui orienter les couples qui éprouvent le besoin d'être soutenus. Rompre l'isolement de ces couples est indispensable.

Il ne s'agit ni de surmédicaliser la fausse couche, ni de systématiser des prises en charge qui ne répondraient pas à un besoin. Nous devons préserver la liberté des praticiens ; ils sont responsables et il leur revient de décider quel accompagnement est le plus adapté.

J'en viens au contenu de cette proposition de loi et à ses probables évolutions.

Outre le gage, nécessaire pour qu'elle soit recevable, elle ne comporte qu'un seul article. Il permet aux patientes suivies par des sages-femmes de bénéficier d'un suivi psychologique pris en charge par la sécurité sociale lorsqu'elles ont subi une fausse couche.

En avril dernier, pour la première fois, un dispositif pérenne de prise en charge par la sécurité sociale de séances avec un psychologue libéral a été instauré : le dispositif MonParcoursPsy permet à toute personne qui ressent des troubles psychiques d'intensité légère à modérée de bénéficier chaque année de huit séances remboursées avec un psychologue libéral conventionné. Ces séances sont prises en charge à 60 % par la sécurité sociale et à 40 % par les mutuelles.

J'entends que certains considèrent que ce n'est pas assez, qu'il faudrait que tout soit financé par la sécurité sociale, qu'il faudrait plus de séances... J'entends aussi qu'une partie des psychologues refusent résolument de rentrer dans ce dispositif parce qu'ils trouvent que les tarifs des séances ne sont pas assez élevés.

Mais, ce qui compte à mes yeux, c'est qu'en neuf mois, 76 315 patients ont consulté dans ce cadre, pour un total de 297 000 séances prodiguées.

J'en reviens à ma proposition de loi. Actuellement, seuls les médecins peuvent adresser un patient dans le cadre du dispositif MonParcoursPsy. L'article 1^{er} autorise les sages-femmes à adresser leurs patientes. Les femmes sont de plus en plus souvent suivies par des sages-femmes pendant leur grossesse, et les études montrent qu'en cas de fausse couche, l'aide psychologique doit être proposée sans délai afin que la femme puisse s'en saisir si elle la juge utile. La mesure que je propose paraît donc indispensable. Je vous présenterai deux amendements qui visent à étendre au partenaire le bénéfice de cette mesure.

Étant, comme vous, soumise au filtre de la recevabilité financière, je ne pouvais avancer, sur des sujets coûteux, qu'avec l'accord du Gouvernement. Je n'ai donc pas cessé, au cours de ces dernières semaines, de négocier pour améliorer la rédaction initiale. Ces efforts ont porté leurs fruits : je vous présenterai tout à l'heure deux amendements dont la charge a été couverte par le Gouvernement, qui nous permettront d'aller beaucoup plus loin pour accompagner les couples confrontés à une fausse couche.

Il s'agira, d'une part, de complètement déverrouiller l'adressage au dispositif MonParcoursPsy par l'intermédiaire des sages-femmes. D'autre part, la proposition de loi généralisera les « parcours fausse couche » dans les régions, après une période de recensement des bonnes pratiques locales.

Au lieu d'édicter des règles rigides, complexes, longues à appliquer et peut-être inefficaces, j'ai choisi de faire reposer ces parcours sur la généralisation d'expériences qui ont prouvé leur efficacité. Ces parcours pourront différer d'une région à l'autre, selon les caractéristiques du territoire, selon les acteurs et selon les établissements sur lesquels il sera possible de s'appuyer.

Ce parcours fausse couche répond à l'essentiel des préoccupations exprimées dans vos amendements : formation des professionnels de santé, information donnée aux patients, consultation médicale après une fausse couche. Tous ces sujets ont vocation à être traités dans le cadre de ce parcours, selon une approche qui privilégiera la souplesse et la mise en réseau des initiatives locales.

J'espère vivement que nous pourrons voter cette proposition de loi à l'unanimité. C'est un sujet largement transpartisan, vos amendements le montrent.

Je ne dis pas que nous aurons réglé toutes les questions liées aux fausses couches, notamment celle du congé spécifique que plusieurs d'entre vous ont soulevée dans vos amendements. Mais cette proposition de loi marquera une réelle avancée pour de très nombreux couples, et son coût me semble négligeable au regard des bénéfices que nous en attendons en matière de prévention et de santé mentale.

Lorsque je l'ai auditionné, le professeur Frydman, l'un des pionniers de la procréation médicalement assistée en France, m'a dit qu'il fallait vraiment agir pour accompagner les fausses couches parce qu'il y avait là un « vide juridique ». Nous pouvons combler ce vide ensemble.

M. Paul Christophe, président. Je vais donner la parole aux orateurs des groupes politiques.

Mme Claire Guichard (RE). Votre proposition permet à notre commission d'aborder un sujet trop peu évoqué dans notre société ; il est regrettable de ne pas parler d'une réalité qui concerne 15 % des femmes enceintes en France, celle d'une grossesse qui s'achève prématurément et de façon subie. Il est anormal que certaines et certains considèrent encore les fausses couches comme un tabou ; c'est un préjugé qui enferme encore un peu plus les femmes concernées dans leur détresse, et ajoute de la souffrance à la souffrance.

Si le ressenti de chacune peut être différent, nombreuses sont celles qui vivent une expérience douloureuse et traumatisante. Dépression, anxiété, culpabilité, honte, colère ou simplement tristesse : ce sont là autant de sentiments susceptibles d'altérer sensiblement la santé mentale de ces femmes.

Face à un tel constat, il apparaît indispensable de permettre à celles qui en ont besoin de bénéficier d'un accompagnement psychologique adapté à leurs besoins. Si le soutien de la famille et des proches est indispensable, il ne saurait se substituer à l'intervention d'un professionnel. Souvent dépeinte à tort comme un luxe ou une prestation de confort, la prise en charge par un psychologue occupe pourtant une place déterminante dans le processus de reconstruction des personnes confrontées à des épreuves terribles.

Fort de ce constat et soucieux de renforcer les mesures déployées en faveur de la santé mentale, le Président de la République a annoncé en septembre 2021 la prise en charge des consultations de psychologie par la solidarité nationale, avec le soutien des groupes de la majorité présidentielle. Dès avril 2022, cette annonce s'est traduite par l'instauration du dispositif MonParcoursPsy, qui permet aux personnes qui en ont vraiment besoin de bénéficier gratuitement de plusieurs séances d'accompagnement psychologique.

En proposant d'intégrer les femmes victimes de fausse couche à ce dispositif, le texte présenté par notre rapporteure répond utilement à la question qu'il soulève. Le groupe Renaissance votera en faveur de cette proposition de loi.

Mme Katiana Levavasseur (RN). Je remercie Mme Josso de s'être saisie de ce sujet délicat mais important. La fausse couche, que je préfère appeler interruption naturelle de grossesse, est un enjeu majeur de santé publique qui concerne chaque année 200 000 femmes en France. Il mérite d'être mis en lumière et ne doit pas être banalisé.

Pour de nombreuses femmes, l'interruption naturelle de grossesse est un événement traumatique qui peut entraîner des répercussions émotionnelles importantes, quel que soit l'âge gestationnel lorsqu'elle survient. Chacun des parents ressent souvent du chagrin, de la colère, de la culpabilité voire du désespoir. Ils doivent savoir qu'ils ne sont pas seuls dans leur douleur et qu'ils peuvent bénéficier d'un accompagnement à la hauteur des enjeux.

Je souhaite en effet parler des deux parents. J'ai déposé un amendement qui vise à ne pas laisser de côté le conjoint ou la conjointe : ils sont tout autant impliqués dans la grossesse. Ils doivent pouvoir être accompagnés s'ils le souhaitent ; les professionnels de santé, notamment les psychologues, représentent un soutien important lorsqu'il faut faire face à la perte réelle de l'enfant et à la perte symbolique de la réalisation d'un désir d'enfant.

Il est essentiel que la société reconnaisse que l'interruption naturelle de grossesse est un événement douloureux et involontaire ; un accompagnement psychologique approprié doit être proposé lorsqu'il est nécessaire. Pouvoir exprimer sa douleur et recevoir le soutien et les soins requis, voilà ce que la puissance publique doit proposer.

Cette proposition de loi va dans ce sens et le groupe Rassemblement National votera en sa faveur.

Mme Martine Etienne (LFI - NUPES). Les conséquences physiques et morales des fausses couches ne sont que très peu prises en charge ; la réalité est masquée, banalisée, parce que le corps des femmes, lorsqu'il ne parvient pas à enfanter, est perçu comme défaillant. La fausse couche est définie comme une erreur de parcours : on enjoint aux femmes de « réessayer », oubliant la dimension traumatique de l'événement.

Mais les chiffres sont là : une femme sur dix risque de subir une fausse couche au cours de sa vie, et chaque année, 200 000 femmes font une fausse couche.

Cette proposition de loi vise à améliorer les dispositifs en vigueur, ce que nous ne pouvons qu'approuver. Elle demeure néanmoins largement insuffisante au regard des besoins exprimés par les personnels soignants, les associations et les personnes victimes de fausses couches. En effet, elle concerne uniquement les psychologues conventionnés dans le cadre du dispositif MonParcoursPsy, c'est-à-dire 1 900 professionnels parmi les 88 000 de notre pays. Elle ne traite pas non plus des déserts médicaux. Psychiatres et gynécologues sont pourtant déterminants dans le suivi et l'accompagnement des personnes victimes de fausses couches.

La prise en charge de la fausse couche nécessite un plan ambitieux en matière de prévention et de formation du personnel médical, doté de moyens financiers, matériels et humains destinés à faciliter le parcours des personnes victimes.

Le code du travail doit prévoir des mesures pour les personnes qui vivent un arrêt spontané de leur grossesse, en leur reconnaissant le droit à un congé spécifique.

C'est dans ce sens qu'iront nos amendements. Nous avons aussi demandé l'organisation de campagnes d'information et de prévention des fausses couches, mais aussi d'information sur le dépistage de l'endométriose, maladie mal connue qui peut provoquer des fausses couches ; ces amendements ont été jugés irrecevables et nous le regrettons.

Nous espérons néanmoins pouvoir débattre sereinement de ce sujet primordial.

Mme Justine Gruet (LR). Une grossesse sur quatre se termine par une fausse couche, et c'est un sujet qui reste tabou dans notre société. Nous saluons donc l'initiative de Mme Josso. L'accompagnement psychologique est primordial, et doit être proposé par tous les professionnels dès que nécessaire, que ce soit au moment du diagnostic ou plus tard.

Le fait que les futurs parents attendent la première échographie, à deux mois et demi de grossesse, pour annoncer la nouvelle à leurs proches et à leurs familles concourt au sentiment d'incompréhension et de solitude qu'ils éprouvent lors d'une fausse couche. Alors qu'ils sont déjà pleinement investis dans la grossesse, ils souffrent parfois d'un décalage vis-à-vis de leurs proches comme des professionnels de santé, qui banalisent parfois cet événement fréquent.

L'annonce d'une fausse couche et les mots employés par les professionnels ont toute leur importance dans les phases de deuil qui suivent la perte de ce bébé à venir.

Certaines entreprises françaises donnent le droit à deux jours de congé en cas de fausse couche avant vingt-deux semaines d'aménorrhée. Le conjoint peut parfois bénéficier aussi de ce congé. C'est une piste de réflexion intéressante dans la considération apportée au couple : cela permet de prendre le temps d'accepter les choses ensemble.

Si une meilleure prise en charge est nécessaire, une formation adaptée et une analyse des retours d'expérience sont aussi indispensables, ainsi qu'un temps de consultation suffisant pour peser les mots utilisés à l'annonce de la fausse couche ; il faut en donner les moyens à tous les professionnels. Il faut aussi bien associer les deux parents dans cette épreuve. Nous proposerons plusieurs amendements en ce sens.

Le groupe Les Républicains est favorable à cette proposition de loi. Je salue le travail de notre rapporteure, qui a su, lors de nombreuses auditions, entendre les attentes fortes de la société sur ce sujet si important.

Mme Maud Petit (Dem). On dit souvent que la loi ne fait pas de sentiment, et pourtant nous légiférons aujourd'hui sur un sujet qui nous touche au cœur, qui nous touche parfois même dans notre chair. Chaque année, 200 000 femmes et leurs conjoints affrontent l'impensable : la perte d'un enfant dont la vie était encore nichée au creux du ventre de leur maman. En France, une grossesse sur quatre se termine par une fausse couche. Je remercie notre collègue Sandrine Josso de mettre en lumière, sans filtre, cette douloureuse réalité.

Le MoDem a toujours voulu une politique familiale ambitieuse. Le deuil périnatal brutal, tragique, doit absolument en faire partie, même si l'interruption spontanée de grossesse survient tôt, voire très tôt. Il est de notre devoir de soutenir ces familles qui vivent l'inimaginable et dont la souffrance ne peut plus être passée sous silence.

Si un accompagnement physique, médical, existe, cette proposition de loi renforce l'accompagnement psychologique des familles afin de prévenir des situations post-traumatiques et la détresse, l'isolement, la dépression qui peuvent découler d'une fausse couche.

Le groupe Démocrate (MoDem et Indépendants) souhaitait que cet accompagnement soit élargi à toute situation qui le nécessiterait, notamment celle d'une interruption médicale de grossesse. Ce sera probablement le cas grâce à un amendement de la rapporteure, et nous nous en féliciterions.

J'ai enfin une pensée pour toutes les « mamanges » et les « papanges », tous les « paranges », comme on dit aujourd'hui, et je veux leur rappeler que nous sommes à leurs côtés.

Le vote en faveur de ce texte est pour le groupe Démocrate est une évidence, et nous espérons vivement son adoption.

M. Arthur Delaporte (SOC). Deux minutes, c'est peu pour mettre des mots sur la douleur des femmes, des couples touchés par une interruption spontanée de grossesse, plus communément appelée fausse couche. On en compte, cela a été rappelé, 200 000 chaque année ; c'est 15 % du total des grossesses. En tant qu'homme, je ne pourrai évidemment jamais comprendre la souffrance physique, la blessure du corps, le vide psychologique, le stress post-traumatique qui touche une femme concernée sur trois. C'est un sujet encore tabou dans notre société.

Le groupe Socialistes soutient bien sûr ces femmes, ces familles. Rappelons aussi solennellement que notre devoir est de les écouter lorsqu'ils vivent « *un drame silencieux dont les douleurs sont vécues dans l'ombre et auquel notre société ne*

prépare guère », pour reprendre les mots de Paula Forteza. Parce que l'entourage, les amis, les proches rappellent qu'il ne faut pas annoncer une grossesse avant trois mois, on renvoie souvent ces femmes à l'idée qu'une fausse couche, ce n'est rien ; pourtant, le corps et les émotions disent le contraire.

Je salue votre travail, madame la rapporteure, comme je tiens à rappeler celui de notre collègue Paula Forteza lors de la précédente législature.

Je n'ai pas le temps d'évoquer l'insuffisance du nombre des gynécologues et des psychologues hospitaliers sur notre territoire pour prendre en charge ces femmes victimes de fausse couche.

Nous accueillons évidemment favorablement ce texte, qui nous donne l'occasion de valoriser l'engagement des sages-femmes en leur donnant la possibilité d'adresser leurs patientes à un psychologue. C'est un premier pas vers un accompagnement tellement nécessaire pour amener un peu d'apaisement dans ce grand bouleversement.

« Ceux qui ne savaient pas, qui ne pouvaient pas se douter, m'ont dit que ce n'était rien, que j'allais oublier, que ça n'était même pas un fœtus, ce n'était pas un enfant, que mes émois étaient de la littérature. Pourtant, j'avais vu mon corps se transformer, je l'avais senti. [...] Et puis cette sensation d'être seule, seule, en voyant tout disparaître. "Perdre", c'était le verbe. [...] Même sans tristesse, même sans drame, rien n'est comme avant. Ça avait eu lieu. » Ce sont les mots de Line Papin dans *Une vie possible*.

Ces femmes ne seront plus seules ; la représentation nationale est à leurs côtés.

Mme Marie-Charlotte Garin (Ecolo - NUPES). Nous aimons souvent incarner nos propos dans des exemples concrets, relayer des témoignages reçus, des histoires qui se sont écrites dans la chair des personnes que nous rencontrons et qui donnent un sens à l'exercice de notre mandat, justifiant l'énergie que nous mettons à améliorer la loi.

Je vous épargne pourtant les nombreux récits des femmes, des couples, confrontés à une fausse couche. On y retrouve presque toujours la brutalité du verdict, les projections de familles qui s'effondrent, la souffrance physique et psychologique, le tabou et le silence qui emmurent et isolent, parfois l'absence de compassion des soignants, et surtout presque toujours l'absence de répit pour se remettre de cet événement traumatique.

On estime qu'une femme sur dix a vécu une interruption spontanée de grossesse. Ce n'est pas une maladie, mais une perte : les personnes qui y sont confrontées doivent être dignement accompagnées et sensibilisées durant leur grossesse puis tout au long de leur vie.

Merci, madame la rapporteure, de votre travail sur ce sujet crucial et encore largement tabou. C'est un très bon socle de départ. Je salue également vos amendements, qui vont plus loin que le texte initial, notamment par l'ouverture de la prise en charge au conjoint ou à la conjointe. On peut encore renforcer le dispositif d'accompagnement ; c'est le sens de mes amendements, largement issus de la proposition de loi de Mme Paula Forteza pour une meilleure prise en charge de la fausse couche. Je souhaite à mon tour saluer son travail et les nombreuses auditions qu'elle avait menées pour proposer une prise en charge aussi complète que possible.

Ces mesures ont un coût, c'est certain ; mais il reste minime comparé à celui des inégalités entre les femmes et les hommes. Or ce sont ces inégalités qui font que les fausses couches restent taboues, au détriment de la santé physique et psychologique des femmes.

Mme la rapporteure. Merci à tous de vos propos. Merci aussi d'avoir salué le travail effectué dans les précédentes législatures.

Article 1^{er} A (nouveau) : *Mise en place d'un parcours fausse couche*

Amendement AS52 de Mme Sandrine Josso et sous-amendements AS57, AS55 et AS56 de M. Arthur Delaporte.

Mme la rapporteure. Cet amendement reprend les orientations esquissées au début de la réunion : l'accompagnement des couples confrontés à une fausse couche doit être pensé globalement, depuis le moment de l'annonce par le gynécologue, la sage-femme ou le médecin échographiste jusqu'au suivi médical et psychologique *a posteriori*. Il faut mettre fin à la solitude des femmes et de leurs conjoints qui se trouvent plongés dans la détresse par la découverte de la fausse couche.

L'objectif initial de la proposition de loi, faciliter l'accès à un suivi psychologique pour les femmes qui le souhaitent après une fausse couche, est utile et légitime. Mais il faut aller au-delà en proposant un accompagnement aux couples.

Il s'agit donc ici de mettre en place des parcours fausse couche au niveau des agences régionales de santé. J'y ai réfléchi avec le Gouvernement. Afin de les concevoir de la façon la plus efficace possible, il nous a semblé utile de procéder d'abord à un recensement des bonnes pratiques ainsi qu'à une identification des établissements et professionnels de santé qui seraient susceptibles de jouer un rôle pilote dans ce programme, dans une approche au plus près du terrain. Ainsi, les gynécologues de l'hôpital Foch, à Suresnes, ont déjà envisagé d'ouvrir une consultation spécifique, qui serait accessible à tous les couples qui en ressentiraient le besoin.

Il faut à mon sens s'appuyer sur ces initiatives locales pour déterminer les contours d'un parcours fausse couche qui serait mis en place dans chaque région au 1^{er} septembre 2024.

M. Arthur Delaporte (SOC). Vous proposez d'introduire un accompagnement pour « les couples » confrontés à une interruption naturelle de grossesse. Nous proposons, avec le sous-amendement AS57, de recentrer cet accompagnement sur « la femme » qui y est confrontée, tout en précisant que « ce parcours inclut les conjoints, partenaires ou concubins des femmes ayant subi l'interruption spontanée de grossesse ». S'il importe d'accompagner aussi le partenaire, ce qui va dans le sens d'une plus grande égalité au sein du couple et d'une déconstruction des rôles traditionnellement assignés à chacun, la priorité doit rester l'accompagnement de la femme qui a elle-même subi une interruption de grossesse, avec toutes les conséquences physiques et psychologiques que cela peut causer. Il importe de considérer cette femme comme une patiente à part entière, indépendamment de la cellule sociale qu'est le couple.

Le sous-amendement AS55 vise, quant à lui, à systématiser l'information des femmes par les professionnels de santé qui les accompagnent sur les conséquences des interruptions spontanées de grossesse. Toute femme victime d'une interruption spontanée de grossesse doit être informée des éventuelles conséquences de sa fausse couche, des potentiels traitements et de la possibilité de se faire accompagner psychologiquement.

Le sous-amendement AS56, enfin, propose d'avancer au 1^{er} janvier 2024 l'entrée en vigueur de cet article : c'est un délai qui paraît raisonnable.

Mme la rapporteure. Il me semble que c'est précisément un apport important de ce texte que de prendre en compte le couple, et pas seulement la femme – étant entendu que l'on distinguera, dans la mise en œuvre du parcours fausse couche, la prise en charge de la femme et celle du couple.

L'objectif du parcours fausse couche étant d'institutionnaliser la prise en charge globale des couples, je suis favorable à votre proposition de rendre systématique l'information des femmes sur les conséquences des interruptions spontanées de grossesse.

Vous proposez enfin, que le parcours fausse couche soit généralisé dès janvier 2024. Je souhaite, comme vous, que l'on avance le plus vite possible sur cette question, mais le mois de septembre 2024 me semble être l'échéance raisonnable la plus proche, d'abord parce qu'il faut partir des initiatives de terrain qui ont fait leurs preuves, ensuite parce que le temps législatif est assez long et que cette loi n'est qu'au début de son parcours.

J'émettrai donc un avis défavorable sur vos sous-amendements AS57 et AS56 et un avis favorable sur le sous-amendement AS55.

Mme Élise Leboucher (LFI - NUPES). Madame la rapporteure, votre amendement n'étant pas contraignant, comment s'assurer qu'il s'appliquera bien ? Il y a de grandes inégalités d'accès aux soins d'un territoire à l'autre : comment garantir que, où qu'ils habitent, tous les couples auront accès à ce dispositif ?

Le sous-amendement AS56 est retiré.

La commission rejette le sous-amendement AS57 et adopte successivement le sous-amendement AS55 et l'amendement AS52 sous-amendé.

Article 1^{er} : *Possibilité pour les sages-femmes d'adresser des femmes ayant subi une fausse couche dans le cadre du dispositif MonParcoursPsy*

Amendement AS48 de la rapporteure et sous-amendement AS53 de Mme Katiana Levavasseur.

Mme la rapporteure. La rédaction actuelle de l'article 1^{er} n'est pas satisfaisante. Il n'y a pas de raison de restreindre aux seuls cas de fausse couche la possibilité, pour les sages-femmes, d'adresser des patientes à un psychologue dans le cadre du dispositif MonParcoursPsy. Les sages-femmes doivent pouvoir faire bénéficier leurs patientes de ce suivi psychologique dans toutes les situations qui leur paraissent nécessaires, pendant et après la grossesse.

Par ailleurs, une fausse couche pouvant être un événement très douloureux pour le ou la partenaire, il serait utile que la sage-femme puisse également adresser cette personne à un psychologue, si elle en ressent le besoin, sans qu'elle ait à consulter un médecin.

Mme Katiana Levavasseur (RN). Nous proposons que lorsqu'une patiente n'a pas pu bénéficier de toutes les séances d'accompagnement psychologique auxquelles elle avait droit au terme de l'année civile, elle puisse en bénéficier l'année suivante.

Mme la rapporteure. Je comprends votre intention, mais une telle disposition serait coûteuse, dans la mesure où le dispositif MonParcoursPsy n'a pas été construit sur l'hypothèse budgétaire d'une consommation systématique des huit séances annuelles par l'ensemble des assurés sociaux. Si chacun accumule des droits à des séances de psychothérapie d'une année sur l'autre, cela peut devenir ingérable. Il faut prendre en compte la réalité budgétaire et se donner le temps d'évaluer le dispositif actuel, avant de chercher à l'élargir ou à le renforcer. Pour les patients qui auraient besoin de plus de huit séances par an, on peut imaginer une prise en charge des séances supplémentaires par les mutuelles, lesquelles proposent d'ores et déjà des forfaits pour des psychothérapies.

Avis défavorable.

La commission rejette le sous-amendement.

Puis elle adopte l'amendement et l'article 1^{er} est ainsi rédigé.

En conséquence, les amendements AS34 de Mme Justine Gruet, AS19 et AS21 de Mme Katiana Levavasseur tombent.

Après l'article 1^{er}

Amendement AS9 de Mme Marie-Charlotte Garin.

Mme Marie-Charlotte Garin (Ecolo - NUPES). Nous proposons d'intégrer la question de la grossesse et des risques associés, notamment la fausse couche, aux cours d'éducation à la santé sexuelle et reproductive. Si l'on veut préparer les jeunes à l'éventualité des fausses couches, qui sont si fréquentes, il faut inclure cette question dans leur parcours de formation dès le plus jeune âge.

Mme la rapporteure. Si je reconnais qu'il importe de mieux informer les jeunes sur les fausses couches – leurs causes, leurs manifestations et leurs conséquences –, en revanche, je ne suis pas certaine qu'il faille traiter cette question dans le cadre des cours d'éducation à la sexualité dispensés dans les écoles, les collèges et les lycées. On pourrait concevoir d'enseigner aux enfants ce qu'est une fausse couche, mais il me semble que cela relèverait davantage du cours de sciences que du cours d'éducation à la sexualité.

Quant au vécu médical et psychologique des fausses couches, il me semble prématuré de l'aborder avec des enfants. C'est plutôt au moment du désir de grossesse que les couples pourraient, de manière profitable, en entendre parler.

Enfin, je ne crois pas que la loi ait vocation à traiter du contenu des programmes scolaires. Évitions de mettre le doigt dans cet engrenage et restons-en aux grands principes.

Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS10 de Mme Marie-Charlotte Garin.

Mme Marie-Charlotte Garin (Ecolo - NUPES). Dans le même esprit, nous proposons d'améliorer l'information du public en confiant à Santé publique France la mission de diffuser l'information la plus large possible sur les fausses couches. Il importe de sensibiliser la population à cette question, à la fois pour lever un tabou et pour mieux préparer les couples qui pourraient y être confrontés.

Mme la rapporteure. Ce serait effectivement une bonne idée que Santé publique France développe des supports d'information sur les fausses couches, à

destination des professionnels et du public. Toutefois, je ne pense pas qu'il faille l'écrire dans la loi, dans la mesure où les compétences de Santé publique France sont énoncées d'une façon très générale à l'article L. 1413-1 du code de la santé publique : promotion de la santé et réduction des risques pour la santé, développement de la prévention et de l'éducation pour la santé... Avouez qu'il serait un peu étrange de préciser que Santé publique France a aussi une mission d'information sur les fausses couches.

La question de l'information sera nécessairement abordée dans le cadre du parcours fausse couche. Elle passera sans doute par des supports de Santé publique France, mais utilisera peut-être aussi d'autres vecteurs. Ne rigidifions pas trop les choses dans la loi : ce pourrait être contreproductif.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS11 de M. Arthur Delaporte.

M. Arthur Delaporte (SOC). Cet amendement prévoit une information de la femme enceinte par le professionnel de santé qui l'accompagne des risques liés à sa grossesse et des moyens de les prévenir, dès l'entretien prénatal précoce obligatoire. En informant très tôt la femme enceinte des risques liés à sa grossesse, on prévient mieux ces risques.

Mme la rapporteure. J'ai déjà dit combien cette information me paraît importante, mais votre amendement pose deux problèmes.

Le premier tient au timing. Vous proposez que le risque de fausse couche soit évoqué lors du premier examen prénatal. Or celui-ci a souvent lieu autour de la dixième semaine d'aménorrhée, lorsque le risque de fausse couche a déjà nettement diminué. Une information sur les fausses couches à ce stade déjà bien avancé de la grossesse pourrait avoir un effet contreproductif.

Votre amendement pose ensuite un problème de principe, dans la mesure où il est très directif envers le médecin. Si celui-ci estime, pour une raison ou une autre, qu'il n'est pas opportun ou utile d'évoquer le risque de fausse couche avec sa patiente, il sera tout de même contraint de le faire, sous peine de violer la loi. Cela me semble inadapté.

Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS13 de M. Arthur Delaporte.

M. Arthur Delaporte (SOC). Nous proposons que la femme ayant subi une fausse couche soit informée de la possibilité d'être accompagnée psychologiquement.

Mme la rapporteure. Le parcours fausse couche a précisément vocation à développer l'information et l'orientation des couples confrontés à une fausse couche et à mettre en place, lorsque c'est nécessaire, un suivi médical ou psychologique. Votre amendement étant satisfait, je vous invite à le retirer.

L'amendement est retiré.

Amendements identiques AS7 de Mme Marie-Charlotte Garin et AS38 de M. Paul Vannier, amendements AS16 et AS 14 de M. Arthur Delaporte (discussion commune)

Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES). Parce qu'il s'agit d'un événement traumatisant, nous proposons par l'amendement AS7 l'instauration, pour les deux parents, d'un congé exceptionnel de trois jours après la survenue d'une fausse couche.

M. Paul Vannier (LFI - NUPES). Les fausses couches concernent 200 000 femmes et couples par an et une femme sur dix traverse cette épreuve au cours de sa vie. Les interruptions spontanées de grossesse peuvent avoir des conséquences majeures et durables sur le plan physique, mais aussi sur le plan psychologique – syndrome de stress post-traumatique, anxiété, dépression –, auxquelles peut s'ajouter un sentiment de deuil pour les parents.

Il faut donc des mesures à la hauteur de la douleur vécue par les femmes et par les couples, et à la hauteur de l'attente sociale sur cette question. C'est le sens de cet amendement, qui vise à créer un congé spécial de trois jours après la survenue d'une interruption spontanée de grossesse, pour la femme concernée et son conjoint ou sa conjointe. Une telle mesure contribuerait à lever le tabou qui continue d'entourer la fausse couche. Elle irait dans le sens d'une plus grande égalité au sein du couple, en reconnaissant que la perte qui suit la fausse couche s'accompagne d'un deuil pour les deux parents.

M. Arthur Delaporte (SOC). L'amendement AS16 est un amendement de repli : il vise à créer un congé spécial de deux jours pour la femme victime d'une fausse couche et pour son conjoint ou sa conjointe.

L'amendement AS14, enfin, propose de n'accorder un congé de deux jours qu'à la femme ayant subi une fausse couche. Adopter l'un de ces amendements, ce serait envoyer un signe à toutes ces femmes, et à tous ces couples.

Mme la rapporteure. Une fausse couche est éprouvante, physiquement et psychologiquement, et certaines femmes ont effectivement besoin d'être arrêtées quelques jours, le temps de se remettre un peu. À l'heure actuelle, elles doivent demander un arrêt maladie, dont l'octroi est subordonné à l'appréciation du médecin.

Il arrive toutefois que le traumatisme se réveille plusieurs mois après la fausse couche. Par ailleurs, il est fréquent que les femmes n'aient pas envie de faire

connaître leur fausse couche à leur employeur, car un congé pour fausse couche peut être très stigmatisant.

Étant donné l'importance de cette question, qui a une portée financière, je vous propose que nous interrogeons le ministre le 8 mars, lors de l'examen du texte en séance publique. Pour l'heure, j'émettrai un avis défavorable.

Mme Claire Guichard (RE). Même si je comprends la préoccupation de nos collègues, je m'inquiète des effets de bord qui peuvent résulter de leur proposition. À l'heure actuelle, une femme victime de fausse couche peut bénéficier d'un arrêt de travail ; le médecin qui le lui délivre fixe librement sa durée, en fonction de la situation particulière de sa patiente. Cet arrêt de travail est opposable à l'employeur, sans justification supplémentaire. Créer un congé spécifique pour fausse couche impliquerait nécessairement la divulgation de la situation de la salariée victime de fausse couche à l'employeur.

Celui-ci apprendrait, du même coup, la volonté de la salariée de s'engager dans un projet prénatal. Or je n'apprendrai rien à nos collègues de la NUPES en leur disant que ce type de révélation peut entraîner des comportements douteux, pour ne pas dire illégaux, et être préjudiciable au salarié concerné. En outre, la création d'un congé dont la durée serait fixée par les partenaires sociaux pourrait ne pas convenir à toutes les femmes ; l'arrêt de travail délivré par un médecin offre davantage de souplesse. Nous sommes donc plus que réservés sur la méthode, même si nous sommes en accord avec l'objectif visé.

Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES). Le médecin pourrait transmettre lui-même une demande de congé de trois jours, en précisant qu'il ne doit pas y avoir de jour de carence : de cette façon, la salariée n'aura pas à divulguer ce dont elle ne veut pas parler. Par ailleurs, si une femme est victime de discrimination à la suite d'un congé pour fausse couche, il faudra qu'elle entame une procédure contre son entreprise.

M. Paul Vannier (LFI - NUPES). Nous proposons que ce congé soit octroyé aux deux parents, parce que le conjoint ou la conjointe est tout aussi affecté par les conséquences de cette perte. Or il lui sera plus difficile d'obtenir un arrêt médical.

Mme la rapporteure. La solution est peut-être à chercher du côté de ce fameux jour de carence, mais vos amendements n'en disent rien. Je vous propose d'interroger le ministre lors de l'examen en séance publique.

Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES). J'insiste sur le fait qu'il serait souhaitable que cet amendement ait reçu en commission un avis favorable, ou au moins de sagesse.

M. Thierry Frappé (RN). Aujourd'hui, lorsqu'un médecin transmet un arrêt de travail ordinaire à la sécurité sociale, il peut en indiquer le motif. Cette information est destinée au médecin conseil et relève du secret médical. En revanche, s'il demande l'exemption des trois jours de carence, il doit en officialiser le motif auprès de l'administration. La proposition qui est faite me paraît donc sujette à caution.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS44 de Mme Élise Leboucher.

Mme Martine Etienne (LFI - NUPES). L'amendement prévoit que dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la disponibilité des professionnels de santé pour les femmes victimes d'une interruption spontanée de grossesse dans chaque département. Il évaluera notamment l'accessibilité des professionnels conventionnés au titre du dispositif MonParcoursPsy.

Les déserts médicaux, notamment gynécologiques, ne cessent de s'étendre : neuf femmes sur dix n'ont pas accès à un gynécologue conventionné secteur 1 ; 23 % d'entre elles vivent dans un désert médical gynécologique et 77 % des départements sont insuffisamment dotés en gynécologues médicaux, ce dont pâtissent la prévention et le dépistage. Les patientes, notamment les plus jeunes, sont les premières victimes de ce manque d'investissement, les risques pour la santé des patientes sont nombreux et, au fil des restrictions budgétaires gouvernementales, s'amplifient.

Il en est de même dans le domaine de la psychologie. Cette proposition de loi concerne les psychologues conventionnés de MonParcoursPsy mais, à ce titre, on ne compterait que 1 900 professionnels de santé conventionnés, ce qui est d'évidence insuffisant pour accompagner les 200 000 femmes qui, chaque année, sont victimes d'une fausse couche.

Or, leur prise en charge est un enjeu de santé publique qui appelle des solutions ambitieuses. Nous souhaitons donc savoir ce qu'il en sera de l'accès à ce dispositif pour nous assurer que nul ne sera oublié et que toutes les victimes pourront consulter un psychologue.

Mme la rapporteure. Avec, à ce jour, 2 100 psychologues agréés, le dispositif MonParcoursPsy est encore en cours de déploiement et il est donc encore un peu trop tôt pour se prononcer sur les professionnels conventionnés au regard des besoins.

De plus, le travail des psychologues est très peu axé sur le suivi psychologique des fausses couches, précisément parce que cet aspect est occulté dans la prise en charge de ces femmes et de leurs partenaires. Le but du parcours fausse

couche permettra d'identifier des professionnels pour les mettre en réseau et développer leur formation.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (LR). Je déplore que les psychologues ne s'engagent pas plus dans MonParcoursPsy, néanmoins, j'ai eu l'occasion de rappeler l'état des lieux lors de l'examen de la proposition de loi de Mme Rist portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé : pour une séance d'une heure, un psychologue est en général rémunéré entre 50 et 55 euros, or, l'État propose en l'occurrence huit séances conventionnées à 30 euros. Le Gouvernement manque de considération à l'endroit de ces professionnels, ce que je déplore. Nous devons d'abord nous interroger sur la reconnaissance que nous leur devons afin de pouvoir répondre aux attentes de nos administrés.

Mme la rapporteure. Je répète que l'analyse du déploiement du dispositif est en cours, de même que les discussions avec les syndicats de psychologues. Certains points devront être bien entendu améliorés et nous en tiendrons compte lorsque nous disposerons de toutes les informations nécessaires.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS45 de Mme Martine Etienne.

Mme Martine Etienne (LFI - NUPES). Les femmes enceintes bénéficient d'une prise en charge à 100 % de l'ensemble des frais médicaux, en lien ou non avec la grossesse, au titre de l'assurance maternité : celle-ci couvre les frais intervenant entre le premier jour du sixième mois de grossesse jusqu'au douzième jour après la date de l'accouchement. Le tiers payant s'applique de plein droit.

En revanche, cette protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité ne s'applique pas pour les frais engagés avant le sixième mois de grossesse. En outre, le code de la sécurité sociale omet la prise en charge des interruptions spontanées de grossesse alors qu'elles représentent l'un des principaux risques de la maternité.

Par cet amendement, nous proposons donc d'assurer à toute femme enceinte la garantie de bénéficier de cette protection sociale, quelle que soit l'avancée de la grossesse déclarée.

Mme la rapporteure. Je ne pense pas que le reste à charge, s'agissant des fausses couches, soit un vrai problème et, par ailleurs, la question que vous soulevez dépasse assez largement le cadre de cette proposition de loi.

En outre, ces restes à charge sont remboursés par les contrats complémentaires santé responsables qui couvrent la très grande majorité de la population, notamment grâce à la complémentaire santé solidaire.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 2 : Gage de recevabilité

Amendement de suppression AS54 du Gouvernement.

M. Paul Christophe, président. L'amendement vise à lever le gage.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 2 est supprimé.

Titre

Amendements AS50 de Mme Sandrine Josso, AS32 de Mme Justine Gruet et AS18 de Mme Katiana Levavasseur (discussion commune).

Mme la rapporteure. Mes travaux m'ont amenée à prendre en compte trois nouveaux enjeux.

Lorsque l'on évoque les conséquences psychologiques des fausses couches, il ne faut pas oublier les partenaires des femmes.

De plus, ces couples n'ont pas seulement besoin de l'accompagnement d'un psychologue. Certaines femmes, certains conjoints ont besoin d'un suivi psychologique pour se remettre d'une fausse couche mais, en général, ce n'est pas le cas. En revanche, le besoin existe d'un meilleur accompagnement de la fausse couche afin que les couples qui y sont confrontés reçoivent l'empathie et les explications dont ils ont besoin, soient orientés, et ne se sentent pas livrés à eux-mêmes. Tel est le sens du parcours fausse couche.

Enfin, l'expression « victimes de fausse couche » peut paraître mal adaptée au regard du caractère souvent naturel et physiologique de la fausse couche précoce. Je vous propose donc de lui préférer celle de « confrontés à une fausse couche », qui souligne le caractère parfois difficile de cet événement, sans préjuger de sa nature.

Je vous propose donc de prendre en compte ces trois enjeux à travers une formulation du titre de la proposition de loi, laquelle ne viserait plus « à renforcer l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche » mais « à renforcer l'accompagnement des couples confrontés à une fausse couche ».

Mme Justine Gruet (LR). Je vous remercie d'avoir tenu compte de mon amendement, que je retire donc.

Le texte est tout à fait satisfaisant mais on ne pouvait pas en dire autant de son titre. J'ai d'emblée été frappée par l'oubli des futurs pères !

Je salue également la substitution des termes « confrontés à » à celui de « victimes ». Les personnes concernées seront satisfaites du consensus auquel nous sommes parvenus.

L'amendement est retiré.

Mme Katiana Levavasseur (RN). Cette proposition de loi, bienvenue, doit faciliter l'accès des femmes à un accompagnement afin de les aider psychologiquement à surmonter ce qui peut constituer un drame.

Nombre d'entre elles estiment que le terme de « fausse couche » n'est pas approprié car il s'agit d'une réelle épreuve. D'ailleurs, lorsque cette interruption naturelle de grossesse survient tardivement, elle ressemble à un véritable accouchement, accompagné de contractions et de douleurs. Une telle formule est perçue comme péjorative : il n'y a rien de « faux » dans un tel événement.

Nous préférons donc lui substituer celle d'« interruption naturelle de grossesse », d'ailleurs plébiscitée par des associations. Une telle interruption, il faut y insister, est naturelle et courante.

Mme la rapporteure. Je comprends que le terme de fausse couche puisse heurter, dès lors que les femmes qui ont vécu une grossesse arrêtée peuvent estimer que rien n'était « faux » dans ce début de grossesse.

J'ai beaucoup réfléchi à cette question, avec d'autres, et nous avons conclu qu'il n'était pas souhaitable de supprimer ce terme du titre pour deux raisons.

Tout d'abord, la formule « fausse couche » est commune et immédiatement comprise. Or, il est important, en termes de communication, que tout le monde puisse saisir d'emblée l'objet de cette proposition de loi. Ensuite, la notion d'arrêt naturel de la grossesse correspond bien à la réalité médicale mais j'ai peur qu'elle entraîne des confusions avec les notions d'arrêt volontaire de grossesse ou d'arrêt médical de grossesse.

Avis défavorable.

Mme Marie-Charlotte Garin (Ecolo - NUPES). Ce texte a été grandement amélioré grâce à une véritable écoute, je m'en réjouis.

Je me félicite, en particulier, de l'ouverture du dispositif aux couples. J'espère que cela augurera de politiques publiques à destination des femmes et des familles plus étendues encore, jusqu'à la parentalité égale sur tous les plans, y compris celui du congé parental.

M. Marc Ferracci (RE). Comme la rapporteure, je considère qu'il importe de maintenir cette formule. L'un des antonymes de « naturel » est « artificiel » : cela signifie-t-il que tout ce qui ne relève pas des fausses couches, en particulier l'interruption volontaire de grossesse, relèverait de l'interruption artificielle de grossesse ? Un tel glissement sémantique me paraît assez dangereux et il convient de s'y opposer.

*La commission **adopte** l'amendement AS50.*

*En conséquence, l'amendement AS18 **tombe**.*

*La commission **adopte** l'ensemble de la proposition de loi **modifiée**.*

M. Paul Christophe, président. La proposition de loi sera examinée en séance publique le 8 mars à vingt et une heures trente.

*

* *

En conséquence, la commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0912_texte-adopte-commission

ANNEXE N° 1 :
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE

(Par ordre chronologique)

- **Collège national des sages-femmes de France – M. Adrien Gantois**, président
- **Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) – Pr Alexandra Benachi**, vice-présidente, et **Dr Geoffroy Robin**, secrétaire général
- **Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR) – Dr Jean-Philippe Masson**, président
- **Centre d'études et de recherche en psychopathologie et santé (CERPPS) – Mme Natalène Séjourné**, chercheure
- **Mme Corinne Cazard-Favarel**, psychologue spécialisée en périnatalité
- **Association Agapa – Mme Marie Pépin**, déléguée générale, et **M^e Victoire de Tonquédec**, avocat au barreau de Paris et bénévole en charge des questions juridiques pour Agapa
- **Collectif « Fausse couche, vrai vécu » – Mmes Mathilde Lemiesle, Judith Aquien et Sandra Lorenzo**, membres
- **Pr Israël Nisand**, gynécologue obstétricien à l'hôpital Américain, ancien président du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
- **Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP) – Mme Virginie Piccardi**, membre du bureau fédéral
- **Pr René Frydman**, gynécologue obstétricien à l'hôpital Foch, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)
- **Institut Danone – Mme Vanessa Guyaz**, vice-présidente de la nutrition spécialisée, **Mme Madeline Honoré**, responsable marketing consommateurs laits infantile, **Mme Christèle Albaret**, psychosociologue, **M. François Grillot**, sage-femme, et **Mme Aurore Limoges**, senior manager affaires publiques

ANNEXE 2 :
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À
L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI

Proposition de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
1 ^{er} A	Code de la santé publique	L. 2122-6 [nouveau]
1 ^{er}	Code de la sécurité sociale	L. 162-58