



FEMMES & SANTÉ

FEUILLE DE ROUTE 2016

Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles ne sont pas épargnées par les grands défis de santé publique auxquels fait face notre société (tabac, alcool, maladies chroniques...). Elles doivent également relever des défis spécifiques : accès à la contraception et à l'IVG, stress, anxiété, troubles du comportement alimentaire, renoncement aux soins.

C'est pourquoi la loi de modernisation de notre système de santé que j'ai portée fait de la réduction des inégalités de santé entre les femmes et les hommes une de ses priorités. Développement de l'offre d'IVG de proximité, suppression du délai minimal de réflexion, amélioration de l'accès à la contraception, nouveaux outils de lutte contre l'anorexie, renforcement de la prévention à destination de l'entourage des femmes enceintes... toutes ces mesures nous permettent de relever les enjeux de santé particuliers à la santé des femmes.

J'ai souhaité que toutes les actions qui seront menées en 2016 par le ministère des Affaires sociales et de la Santé soient réunies dans cette feuille de route, qui donnera lieu à un suivi régulier.

J'ai la conviction qu'une politique de santé efficace doit prendre en compte les besoins de toute la population, dans leur diversité et leurs spécificités. C'est pourquoi je fais de l'amélioration de la santé des femmes un objectif à part entière de mon action.

Marisol TOURAINÉ

Ministre des Affaires sociales et de la Santé

GARANTIR LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS

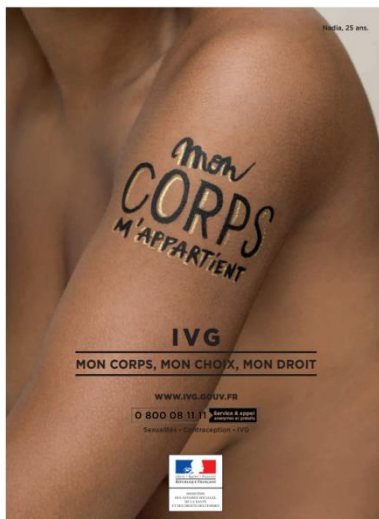
Le droit à disposer de son corps est un droit fondamental des femmes. Et pourtant, dans les années 2000, les sites de désinformation des femmes ont fleuri sur Internet et l'accès à l'avortement est devenu plus difficile dans certains territoires. Dès 2012, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a donc engagé de multiples actions pour que les femmes puissent concrètement avoir accès à la contraception et à l'IVG. Elle s'est également attachée à améliorer le pilotage et la coordination de ces actions, en lançant le premier programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG.

Un pilotage national et régional formalisé / Toute l'année 2016

Le ministère met en œuvre le premier programme national d'action pour améliorer l'accès à l'avortement, présenté en janvier 2015 par Marisol Touraine. Il a défini trois priorités : améliorer l'information des femmes sur leurs droits, simplifier et améliorer le parcours des femmes et garantir une offre diversifiée sur tout le territoire. Ce programme prévoit également de renforcer le pilotage régional des actions en faveur de l'accès à l'IVG. Ainsi, la loi de modernisation de notre système de santé prévoit que les ARS élaborent un plan régional pour améliorer l'accès à l'IVG. Un plan type sera élaboré au niveau national, sur le modèle des expériences régionales réussies (par exemple en Ile-de-France), et publié au premier semestre 2016.

Pour aller au-delà de la stricte question du droit à l'avortement et pour prendre en compte de manière globale l'ensemble des questions relatives à la santé sexuelle et reproductive, une stratégie nationale « Santé sexuelle et reproductive » sera présentée avant la fin de l'année 2016. Elle reposera sur les recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) qui seront publiées au second trimestre 2016 et son élaboration donnera lieu à une concertation avec les professionnels de santé et les associations actives dans ce champ.

INFORMATION / PROMOUVOIR LES DROITS ET DÉCULPABILISER LES FEMMES



Quatre Français sur dix s'estiment insuffisamment informés sur l'IVG. Le manque d'information fait partie des principaux obstacles à l'accès à la contraception ou à l'IVG. Le ministère chargé de la santé a donc lancé deux campagnes d'information sur ces sujets.

La première, en 2013, a rappelé la diversité des moyens de contraception et le droit pour chaque femme de choisir celui qui lui convient. La seconde, en 2015, a concerné le droit des femmes à disposer de leur corps et a accompagné le lancement d'un numéro national d'information, anonyme et gratuit, sur les sexualités, la contraception et l'IVG (0800 08 11 11).

Enfin, pour délivrer une information neutre et objective sur l'IVG, en plus du numéro d'information, le site internet ivg.gouv.fr a été mis en ligne en 2013 et enrichi en 2015.

Des outils d'information revus et améliorés / Premier semestre 2016

Suite aux évolutions portées par la loi de modernisation de notre système de santé, l'ensemble des outils d'information des femmes et des professionnels de santé seront tous actualisés d'ici juin 2016. Les sites pilotés par l'INPES (onsexprime, choisirsacontraception) seront également actualisés. Le portail « santé sexuelle et reproductive » sur le site Internet du ministère des Affaires sociales et de la Santé sera enrichi. Enfin, le site ivg.gouv.fr bénéficiera de nouvelles actions pour garantir sa meilleure visibilité.

REMBOURSEMENT INTÉGRAL / LEVER LES OBSTACLES FINANCIERS À L'ACCÈS À LA CONTRACEPTION ET À L'IVG

Gratuité et confidentialité de tout le parcours « contraception » des mineures / Deuxième trimestre 2016

Depuis 2013, les moyens de contraception sont gratuits pour les jeunes filles de plus de 15 ans. La délivrance du moyen de contraception en pharmacie est confidentielle pour celles qui le demandent. Cette mesure a permis de faciliter l'accès des mineures à la contraception et vise à réduire le nombre de grossesses non désirées chez les jeunes filles.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a prévu la prise en charge à 100% par l'Assurance maladie de l'ensemble des actes liés à la contraception des mineures. Ainsi, en plus des contraceptifs proprement dits (pilule, implant, stérilet), les consultations médicales de prescription et les examens biologiques bénéficient de la gratuité et de la confidentialité.

Remboursement à 100% de tous les actes nécessaires pour une IVG / 1^{er} avril 2016

Engagement de François Hollande, le remboursement à 100% de l'IVG par l'Assurance maladie a été voté en 2012. Il a permis de lever des obstacles financiers dans l'accès à l'avortement, le coût de l'IVG étant considéré comme un frein pour près d'un Français sur cinq.

De nouvelles mesures, présentées en 2015 dans le cadre du programme national d'action pour améliorer l'accès à l'avortement et effectives au 1^{er} avril 2016, permettront d'assurer la gratuité complète du parcours d'IVG. Les actes demandés aux femmes et actuellement non pris en charge à 100% par l'Assurance maladie seront intégralement remboursés. Il s'agira, par exemple, des examens de biologie, des échographies ou de la consultation de recueil du consentement. Par ailleurs, les femmes ne bénéficient pas, sur l'ensemble du territoire, selon la méthode d'IVG choisie (instrumentale ou médicamenteuse) de la même prise en charge : celle-ci sera harmonisée.

ACCÈS À L'IVG / DÉVELOPPER L'OFFRE DE PROXIMITÉ ET SIMPLIFIER LE PARCOURS DES FEMMES

Suppression du délai minimal de réflexion / Mesure effective

Le délai minimal de réflexion de sept jours imposé aux femmes avait pour conséquence d'entraver le choix de certaines femmes quant à la méthode et/ou le lieu de réalisation de l'IVG. Surtout, il laissait

entendre que les femmes ne pouvaient pas décider d'avorter par elles-mêmes et stigmatisait le recours à l'IVG. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a supprimé ce délai minimal de sept jours, laissant libres les femmes de déterminer le temps dont elles ont besoin pour prendre la décision d'avorter. La mesure est effective depuis la promulgation de la loi.

Renforcement de l'offre de proximité / Deuxième trimestre 2016

La garantie d'une offre diversifiée sur tout le territoire est une des priorités du programme national d'action pour améliorer l'accès à l'avortement présenté en 2015. Plusieurs mesures ont été inscrites dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Les médecins exerçant en centres de santé pourront réaliser des IVG instrumentales, afin de renforcer l'offre de proximité et de ne pas limiter cette offre à l'IVG médicamenteuse. Les sages-femmes pourront, elles, réaliser des IVG médicamenteuses. Ces mesures seront mises en œuvre durant le second trimestre de l'année 2016, après concertation avec les professionnels concernés. Enfin, la possibilité pour des professionnels libéraux de réaliser des IVG à l'hôpital, en complémentarité avec les équipes médicales assurant ces missions, sera facilitée.

UNE POLITIQUE GLOBALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

POUR TOUTES LES FEMMES / PROMOUVOIR LES COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

Lutter contre le marketing genré de l'industrie du tabac / Mai 2016

La lutte contre le tabagisme fait l'objet d'un plan ambitieux, articulé autour de trois axes au sein du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT), afin de protéger les jeunes et d'éviter leur entrée dans le tabagisme (paquets neutres de cigarettes, interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants, interdiction de fumer dans les espaces publics de jeux et encadrement de la publicité pour les cigarettes électroniques), d'aider les fumeurs à arrêter de fumer (campagne d'information choc, implication des médecins traitants et meilleur remboursement du sevrage tabagique) et d'agir sur l'économie du tabac (fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme, transparence sur les activités de lobbying, lutte contre le commerce illicite).

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit la création du paquet neutre à compter du 20 mai 2016, afin de lutter contre les stratégies marketing qui visent directement les femmes (paquets « slims », couleurs pastel...). A compter de la même date, les cigarettes à capsules seront interdites. A compter du 20 mai 2020, les arômes qui diminuent l'âpreté du tabac (cigarettes mentholées traditionnelles par exemple) seront interdits.

Favoriser l'accès à une alimentation équilibrée / 2016 et 2017

La loi de modernisation de notre système de santé pose le principe d'une information nutritionnelle synthétique, simple et accessible par toutes et tous : il s'agit avant tout de promouvoir une

alimentation équilibrée. Si les causes de l'obésité sont multiples, la mauvaise connaissance de la composition des aliments en est une. Cette mesure doit permettre de réduire les inégalités sociales de santé, en particulier chez les femmes qui jouent un rôle décisif dans l'alimentation des ménages. La mise en place de cette mesure sera assurée par les industriels et les distributeurs du secteur agroalimentaire et sur la base du volontariat. Elle contribuera ainsi à mieux informer les consommatrices et consommateurs. Cette mesure sera expérimentée en 2016 et la signalisation la plus efficace sera mise en œuvre en 2017.

Prévenir les troubles du comportement alimentaire / 2016 et 2017

L'anorexie mentale (privation alimentaire stricte et volontaire) touche 30 000 à 40 000 personnes en France concerne 0,5% des jeunes filles. Les images du corps valorisant de façon excessive la minceur ou la maigreur et stigmatisant les rondeurs contribuent indéniablement au mal-être, en particulier chez de nombreuses jeunes filles. Or l'apparence de certains mannequins contribue à diffuser des stéréotypes potentiellement dangereux pour les populations fragiles.

La loi de modernisation de notre système de santé rend donc obligatoire la mention « photo retouchée » sur les publicités lorsque la silhouette humaine a été amincie ou épaissie. Ces images retouchées peuvent conduire des personnes à croire à des réalités, qui très souvent, n'existent pas et les entretiennent dans la spirale de la maigreur extrême. La loi conditionne également l'exercice de l'activité de mannequin à une évaluation globale de l'état de santé de la personne, notamment au regard de son indice de masse corporelle (IMC).

Réduire les phénomènes d'alcoolisation massive chez les jeunes / 2016

L'alcoolisation des jeunes est devenue un fait de société. Le jeudi, le vendredi ou le samedi, selon les habitudes, sont devenus des soirs où l'objectif de certains jeunes est d'être saouls le plus rapidement possible. Ces pratiques dont la dangerosité est incontestée ont été notamment promues par les séances de bizutage qui ont progressivement banalisé l'ivresse dans certaines grandes écoles ou universités. Ce phénomène, stable chez les étudiants, est en progression chez les étudiantes.

La loi de modernisation de notre système de santé étend les sanctions prévues contre le bizutage à toute personne qui incite autrui à « *consommer de l'alcool de manière excessive* ». Elle prévoit également de combattre l'image festive et conviviale de l'ivresse diffusée par de nombreux jeux ou objets qui font la promotion de la consommation excessive d'alcool. Concrètement, la vente ou l'offre gratuite à des mineurs de tout objet (coques de « *Smartphone* », tee-shirts, etc.) vantant l'ivresse sera interdite.

POUR LES FEMMES ENCEINTES / RENFORCER LA PROTECTION DES FEMMES ET DES ENFANTS À NAÎTRE

Tabac – Informer sur les risques, faciliter l'arrêt / Premier semestre 2016

Le programme national de réduction du tabagisme a prévu l'instauration d'un pictogramme « grossesse sans tabac » sur tous les contenants de tabac, afin d'informer des risques qu'implique le tabagisme sur la grossesse et l'enfant à naître : ces pictogrammes sont apposés sur les paquets depuis février 2015. Pour faciliter la démarche d'arrêt et éviter la reprise après la grossesse, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 autorise les sages-femmes à prescrire des substituts nicotiques à l'entourage des femmes enceintes. Enfin, la loi prévoit l'expérimentation d'une consultation d'aide à l'arrêt du tabac pour les femmes enceintes.

Amélioration des connaissances – Une nouvelle enquête nationale périnatale / Mars 2016 – Mars 2017



Le ministère des Affaires sociales et de la santé, en lien avec l'INSERM et l'InVS, mènera en mars 2016 une enquête nationale auprès des mères venant d'accoucher. Son organisation est coordonnée au niveau de chaque département par les services de protection maternelle et infantile des conseils départementaux. Menées régulièrement depuis 1995, les enquêtes nationales périnatales représentent une source importante d'information sur la santé des mères et de leurs nouveau-nés, permettant de disposer de données fiables, détaillées et actualisées, utiles pour évaluer la situation périnatale, orienter les politiques de santé publique et les pratiques médicales. Elles sont menées dans l'ensemble des maternités françaises (métropole et DOM), sur un échantillon représentatif des naissances. La dernière enquête datait de 2010. Les résultats seront publiés en mars 2017.

MALADIES CHRONIQUES : PRÉVENIR ET AMÉLIORER LES DROITS DES PATIENTES

CANCERS / MIEUX DÉPISTER, DÉPLOYER LE DROIT À L'OUBLI

Un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge des femmes atteintes du cancer du sein / Juin 2016

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. C'est aussi la première cause de mortalité par cancer, avec près de 12 000 décès par an. Pourtant, s'il est détecté tôt, ce cancer est guéri dans 9 cas sur 10. Son dépistage est donc enjeu majeur de santé publique.

Le Plan cancer 2014-2019 a fixé l'objectif d'améliorer l'accès au dépistage des femmes qui ont de faibles revenus : leur recours aux examens de prévention et de dépistage est en effet plus faible que dans le reste de la population. Le dépistage organisé du cancer du sein, maintenu chaque année, a donc notamment pour objectif de réduire l'inégalité constatée dans l'accès au dépistage.



A l'occasion d'Octobre rose 2015, une nouvelle campagne d'information sur le dépistage a été lancée par les pouvoirs publics et a ciblé les femmes à risque aggravé de cancer du sein. Pour ces femmes les plus exposées, Marisol Touraine a annoncé que les examens de dépistage seront pris en charge à 100% par l'Assurance maladie : cette mesure sera effective au printemps 2016.

Enfin, Marisol Touraine a lancé une concertation citoyenne dont l'objectif est de recueillir l'avis des femmes, de l'ensemble des citoyens, des professionnels de santé, des associations et des institutions

sur l'évolution du dépistage, afin qu'il réponde au mieux aux attentes et aux besoins des femmes. Les résultats de cette concertation seront rendus en juin 2016.

Un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus / 2017

Le Plan cancer 2014-2019 prévoit la mise en place d'un nouveau programme de dépistage organisé des cancers, après celui du cancer du sein et du cancer colorectal : celui du cancer du col de l'utérus. L'objectif est que le taux de couverture du dépistage dans la population cible (femmes entre 25 et 65 ans) passe de 50-60% à 80% et qu'il soit plus facilement accessible aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé.

Un programme national de dépistage pour le cancer du col de l'utérus sera donc lancé, sur le modèle de celui du cancer du sein. Dès 2016, année de préfiguration, il commencera à être implanté à partir des sites expérimentateurs actuels et la mobilisation de nouveaux départements. Le dépistage organisé sera généralisé en 2017.

Déployer le droit à l'oubli pour les anciennes malades du cancer / 2016

Avec la loi de modernisation de notre système de santé, pour la première fois – et la France est pionnière dans ce domaine – est inscrit dans la loi française le principe du droit à l'oubli pour de nombreux malades ayant souffert de maladies graves, notamment de cancers, au moment de devoir emprunter ou de s'assurer. Cette mesure permet de réaffirmer l'attachement du gouvernement aux travaux conduits dans le champ conventionnel (convention AERAS) et marque la vigilance souhaitée pour une mise en œuvre rapide et concrète de ces avancées au bénéfice de la qualité de vie des anciens malades.

Tous les anciens malades, quel que soit le cancer dont ils souffraient, n'auront pas à le déclarer 10 ans après l'arrêt du traitement. Une grille de référence sera régulièrement actualisée pour tenir compte des progrès thérapeutiques, afin d'établir la liste des cancers ou d'autres pathologies chroniques pouvant systématiquement bénéficier d'un tarif d'assurance normal (sans exclusion de garantie ni surprime, voire sans déclaration de la pathologie).

Une première grille, élaborée par la commission AERAS et présentée par Marisol Touraine en février 2016, fixe donc pour 6 types d'affection des délais précis, inférieurs à 10 ans, d'accès à l'assurance emprunteur sans surprime ni exclusion, à compter de la fin du protocole thérapeutique et en l'absence de rechute (par exemple, un an pour un cancer du col de l'utérus ou de certains cancers du sein). Le programme de travail des acteurs de la convention a également été publié pour que chacun puisse connaître les orientations prises pour la prochaine étape : d'autres cancers du sein notamment sont au programme de 2016.

ENDOMÉTRIOSE / AMÉLIORER LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE

L'endométriose touche entre 6 et 10% des femmes en âge de procréer. Les symptômes de cette maladie gynécologique n'étant pas spécifiques, le diagnostic se fait avec plusieurs années de retard. L'absence de reconnaissance de la souffrance constitue une difficulté supplémentaire pour les femmes atteintes d'endométriose. L'endométriose peut conduire, dans les cas les plus graves, à l'infertilité. Une fois la maladie diagnostiquée, les consultations et bilans sont nombreux et les formes graves peuvent avoir un retentissement important sur la qualité de vie (arrêts de travail, hospitalisations). C'est pourquoi le ministère des Affaires sociales et de la Santé soutient la campagne nationale d'information de l'association Info-Endométriose, lancée en mars 2016.

Des expérimentations pour élaborer un nouveau modèle de prise en charge / 2016 et 2017

Afin d'améliorer la prise en charge des femmes, deux expériences régionales (Normandie et PACA) sont en cours. En Normandie, le CHU de Rouen travaille à la mise en place d'un centre de référence régional. En Provence-Alpes-Côte-D'azur, l'expérimentation porte sur l'identification des professionnels régionaux compétents, un fonctionnement en réseau et la mise en commun d'outils, sans constitution d'une structure dédiée.

Par ailleurs, cinq programmes hospitaliers de recherche clinique sont en cours (Rouen, Angers, La Réunion, Lille et AP-HP). Ils portent sur des objectifs variés : évaluation d'une méthode diagnostique non invasive, évaluation des méthodes de prise en charge (médicaments ou chirurgie), évaluation de la prévalence de l'endométriose en population générale dans une région.

Enfin, sur demande de Marisol Touraine, la Haute Autorité de Santé (HAS) actualise les recommandations de bonne pratique professionnelle relatives au diagnostic et à la prise en charge de l'endométriose. Ses travaux sont attendus pour la mi-2017.

L'ensemble de ces recherches et expérimentations en cours, ainsi que les futures recommandations de la HAS, permettront, courant 2017, de construire un nouveau modèle de prise en charge des femmes atteintes d'endométriose. Ce modèle sera construit avec les professionnels de santé et les associations de patientes.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ

PROTECTION MALADIE / DÉPLOYER LE TIERS-PAYANT & L'AUTONOMISATION DES DROITS

Généralisation du tiers-payant / 2016 et 2017

De nombreux Français, et notamment des femmes, renoncent à aller chez le médecin parce qu'ils ne peuvent pas avancer les frais. C'est donc pour garantir l'accès aux soins de toutes et tous que le Gouvernement a décidé de mettre en place le tiers payant chez le médecin.

Concrètement, fin 2017, le tiers payant sera un droit pour tous les Français, pour la partie remboursée par la sécurité sociale. Une première étape vers la généralisation a été franchie en 2015 : les bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire santé (57% de femmes), dont les ressources sont parmi les plus modestes, peuvent bénéficier du tiers payant dans le cadre des nouveaux contrats mis en place au 1er juillet 2015.

Le tiers payant sera étendu progressivement, en deux étapes, d'ici 2017. Première étape : en 2016, le tiers payant sera étendu à tous les patients couverts à 100% par l'assurance maladie, soit 15 millions

de Français et la moitié des actes réalisés par les médecins. Ainsi, le tiers-payant bénéficiera notamment aux femmes enceintes qui ont été identifiées parmi les publics prioritaires : dès le 1er juillet 2016, les médecins pourront pratiquer le tiers payant avec tous leurs patients qui sont couverts à 100% par l'assurance maladie et dès le 31 décembre 2016, le tiers payant sera un droit pour ces patients. Deuxième étape : en 2017, le tiers payant sera étendu à tous les patients pour la partie remboursée par la sécurité sociale. A partir du 1^{er} janvier 2017, les médecins pourront proposer le tiers payant à tous leurs patients. Au 30 novembre 2017, le tiers payant sera un droit pour tous les Français, pour la partie remboursée par la sécurité sociale.

Déploiement de la Protection universelle maladie / Depuis janvier 2016 jusqu'en 2020

La Protection universelle maladie (PUMA) a été mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Elle est l'aboutissement de 70 ans d'évolution de l'assurance maladie : 15 ans après la CMU, elle crée un droit universel à la prise en charge des frais de santé. Avec cette réforme, tous les assurés qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière bénéficieront désormais pleinement du droit à la prise en charge de leurs frais de soins. En pratique, les conditions requises pour ouvrir droit au remboursement des frais de soins seront simplifiées.

Cette réforme prévoit également la suppression progressive du statut d'ayant droit majeur ce qui permet l'individualisation et l'autonomisation de la gestion des droits. Tous les adultes deviennent des assurés à part entière. Chaque assuré majeur aura donc son propre compte d'assuré social, son propre décompte de remboursement et pourra percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire. Les changements de situation personnelle (mariage, séparation, deuil...) n'auront plus d'incidence sur les droits des assurés sans activité professionnelle. Cette mesure permet aux femmes, qui constituent aujourd'hui la majorité des ayants droit majeurs, une reconnaissance de leurs droits propres. Elle renforcera également leur indépendance en matière de santé, pour gérer plus facilement les sujets de confidentialité des prises en charge qui peuvent s'avérer sensibles (contraception ou IVG par exemple).

Un exemple pour comprendre

Aujourd'hui, après un divorce ou une séparation, une femme au foyer qui ne reprend pas d'emploi doit, pour continuer à bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé, demander la CMU de base un an après sa séparation. Cela peut la conduire à devoir changer de régime si son conjoint était agriculteur ou commerçant par exemple. Désormais, elle sera assurée de façon autonome. Sa séparation ne changera rien sur ses droits à maladie, qu'elle conservera sans démarche ni changement de régime.

L'individualisation des droits est possible depuis le 1^{er} janvier 2016, le statut d'ayant-droit peut être conservé jusqu'en 2020.

SAGES-FEMMES / DE NOUVELLES COMPÉTENCES POUR UN MEILLEUR SUIVI DES FEMMES EN BONNE SANTÉ

Des compétences élargies pour protéger la santé des femmes / Premier semestre 2016

La France compte 21 000 sages-femmes, dont 5 000 en libéral et 1 000 en service de protection maternelle et infantile (PMI). Les sages-femmes sont impliquées dans la prévention et l'éducation à

la sexualité, ainsi que dans le suivi, l'accompagnement et la prise en charge des femmes enceintes, dès le début de leur grossesse. Ces professionnelles disposent, compte tenu de leur formation, des compétences nécessaires pour que leur missions soient étendues.

Ainsi, la loi de modernisation de notre système de santé étend leurs compétences à la pratique de l'IVG médicamenteuse, de la vaccination de l'entourage des femmes enceintes ainsi que de la prescription de substituts nicotiniques à ce même entourage.

Une campagne pour une meilleure reconnaissance de la profession / Mars 2016

Sera prochainement lancée une campagne de communication visant à assurer une meilleure reconnaissance et une plus grande visibilité à la profession de sage-femme auprès du grand public et des autres professionnels de santé. Cette campagne visera à identifier les sages-femmes dans le parcours de santé des femmes en bonne santé. Elle soulignera la qualité de la formation et la diversité des missions des sages-femmes.

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES / MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES VICTIMES

Les violences subies par les femmes sont l'un des déterminants majeurs influant sur leur santé. 200 000 femmes sont victimes de violences conjugales chaque année en France et près de 85 000 d'entre elles sont violées. L'ampleur des violences faites aux femmes et leurs spécificités aggravent encore leurs conséquences sur la santé, immédiates ou à moyen et long terme et dans toutes les dimensions de la santé : physique, psychologique, reproductive, périnatale...



Les professionnels de santé sont les premiers professionnels auxquels les femmes victimes de violences au sein du couple et de violences sexuelles s'adressent, devant les forces de sécurité et les travailleurs sociaux. 26% des femmes victimes de viol ou de tentative de viol et 24% de celles ayant subi des violences conjugales physiques et/ou sexuelles ont été vues par un médecin à la suite des violences. Elles sont respectivement 30% et 19% à avoir consulté un psychiatre ou un psychologue.

Face à ce constat, la nécessité d'offrir aux victimes une prise en charge adaptée s'impose. Les professionnels de santé, acteurs indispensables dans le parcours de sortie des violences, doivent être outillés et formés pour répondre à cet enjeu. C'est le sens de la politique menée par le ministère des Affaires sociales et de la Santé et des Droits des femmes depuis 2012.

Poursuite des actions de formation des professionnels de santé / 2016

En 2013, la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles a été intégrée à la formation initiale des études de médecine (programme de l'examen d'internat : tous les étudiants sont susceptibles d'être interrogés sur cette question).

L'action du ministère vise à généraliser le repérage des violences par le questionnaire systématique, qui permet aux professionnels de santé de poser un diagnostic médical. Cette pratique

qui consiste à poser systématiquement la question des violences subies à toutes nouvelles patientes est bien acceptée par ces dernières, qu'elles soient victimes ou non.

Des outils de formation et d'accompagnement des professionnels de santé ont donc été produits. Des certificats médicaux type ont été élaborés avec les ordres des professions concernées (médecins, sages-femmes). Deux kits pédagogiques à destination des professionnels, composés chacun d'un court métrage et de livrets d'accompagnement ont été réalisés sous l'égide de la Mission interministérielle de protection des femmes victimes de violences (MIPROF), par des équipes pluridisciplinaires d'expert-e-s et d'enseignants universitaires. Des livrets de formation spécifiques existent pour les médecins, les sages-femmes et tous les professionnels de santé.

Marisol Touraine a donné instruction, le 25 novembre 2015, à tous les établissements autorisés en médecin d'urgence, de désigner des référents « prise en charge des femmes victimes de violences ». Désigné parmi les médecins du service d'urgence, du SAMU ou du SMUR, ce référent est chargé de sensibiliser les personnels de ces services et d'identifier les partenaires utiles à la prise en charge de ces violences. Il bénéficiera d'une formation spécifique, dispensée au cours du second trimestre 2016. Chaque urgentiste disposera par ailleurs d'un kit de prise en charge des femmes victimes de violences.

Enfin, le ministère des Affaires sociales et de la Santé poursuivra ses travaux relatifs à l'élaboration de protocoles locaux pour la prise en charge des victimes de violences conjugales et sexuelles, en s'inspirant des expériences développées dans plusieurs territoires (Angers, Seine-Saint-Denis...).

Accompagnement des actions de réduction des risques en direction des personnes prostituées / Premier semestre 2016

La proposition de loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées, en cours d'examen au Parlement, définit la politique de réduction des risques en direction des personnes prostituées. Ainsi, cette politique « consiste à prévenir les infections sexuellement transmissibles et les dommages sanitaires, sociaux et psychologiques liés à l'activité prostitutionnelle ». Elle prévoit également que les actions de réduction des risques sont conduites selon des orientations définies par un document national de référence approuvé par décret. Ce document sera élaboré au premier semestre 2016, en lien avec les associations concernées qui agissent sur le terrain pour l'accompagnement des personnes prostituées.

LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTEME DE SANTÉ / UNE LOI POUR LA SANTÉ DES FEMMES



« La politique de santé (...) tend à assurer la promotion de conditions favorables à la santé, à l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriale et **l'égalité entre les femmes et les hommes...** »

Article 1^{er} de la loi du 26 janvier 2016

Amélioration des connaissances / Garantir la production de données sexuées

Article 38 *

Le rapport annuel d'activité établi par le médecin du travail, pour les entreprises dont il a la charge, doit comporter des données sexuées.

Article 163 *

Le rapport annuel de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) doit comporter des données sexuées, en particulier pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Contraception / Mieux informer et faciliter l'accès aux moyens contraceptifs

Article 10

Les restrictions à la délivrance de la contraception d'urgence par les infirmeries scolaires sont supprimées. Le décret d'application de ce texte sera pris au premier semestre 2016.

Article 11 *

La loi consacre le droit de toute personne à être informée sur l'ensemble des méthodes contraceptives et d'en choisir une librement.

IVG / Déculpabiliser et améliorer l'accès à l'IVG

Article 127 *

La loi consacre le droit de toute personne à être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement.

Article 127 *

Le délai minimal de réflexion de 7 jours est supprimé. Le délai minimal de réflexion de 48 heures pour les mineures est maintenu.

Article 127

Les sages-femmes peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses. Les textes d'application de cette mesure seront publiés au premier semestre 2016.

Article 127

Les centres de santé peuvent pratiquer des IVG instrumentales.

Article 158

Chaque Agence régionale de santé (ARS) doit élaborer un plan d'action pour l'accès à l'IVG, sur la base d'orientations nationales définies par le ministère chargé de la santé. Ces orientations nationales seront définies et publiées au premier semestre 2016

Femmes enceintes / Renforcement de la prévention et amélioration du parcours de santé des femmes enceintes

Articles 1^{er}, 3 et 76 *

La loi reconnaît les services de protection maternelle et infantile (PMI) comme des acteurs incontournables de la prévention.

Article 134

Les sages-femmes peuvent prescrire des substituts nicotiques aux femmes enceintes et, désormais, à toutes les personnes vivant régulièrement dans

- leur entourage ou celui de leur enfant. L'arrêté d'application de cette mesure sera pris au premier semestre 2016.
- Article 135 A titre expérimental et pour une durée de trois ans, l'Etat peut autoriser, dans certaines régions, la mise en place systématique d'une consultation et d'un suivi spécialisés destinés à toute femme enceinte consommant régulièrement des produits du tabac, aux fins de la sensibiliser à l'intérêt d'arrêter sa consommation. Le décret devant déterminer la liste des professionnels de santé habilités à pratiquer cette consultation et ce suivi ainsi que les modalités d'application de cette expérimentation sera pris au second semestre 2016.
- Article 83 Les femmes enceintes pourront bénéficier du tiers payant à partir du 1^{er} juillet 2016. Pour elles, ainsi que pour tous les patients couverts à 100% par l'Assurance maladie, le bénéfice du tiers-payant deviendra un droit à partir du 31 décembre 2016.
- Article 127 Les sages-femmes peuvent prescrire et pratiquer les vaccinations de la femme et, désormais, de son entourage. Les textes d'application de cette mesure seront publiés au premier semestre 2016.

Troubles du comportement alimentaire / Lutte contre l'anorexie et la maigreur excessive

- Article 18 * La politique de santé contribue à la prévention et au diagnostic précoce des troubles du comportement alimentaire.
- Article 19 Les photographies à usage commercial de mannequins, dont l'apparence corporelle a été modifiée afin d'affiner ou d'épaissir la silhouette, doivent être accompagnées de la mention « Photographie retouchée ». Un décret fixant les modalités d'application et de contrôle de cette mesure sera pris avant le 1^{er} janvier 2017.
- Article 20 L'exercice de l'activité de mannequin est conditionné à la délivrance d'un certificat médical. Ce certificat atteste que l'évaluation globale de l'état de santé du mannequin, évalué notamment au regard de son indice de masse corporelle, est compatible avec l'exercice de son métier. Un arrêté fixant les modalités d'application de cette mesure sera pris au second semestre 2016.

Parité / Généralisation de la parité dans les agences sanitaires et les ordres des professions de santé

- Article 169 L'égal accès des femmes et des hommes au sein des conseils d'administration et de surveillance de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), de l'Etablissement français du sang (EFS), de l'Agence de la biomédecine, des ARS, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de la future Agence nationale de santé publique sera garanti par ordonnance, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi.
- Article 212 L'égal accès des femmes et des hommes au sein des conseils des ordres des professions de santé sera garanti par ordonnance, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi.

* Mesure d'application immédiate.

ÉTAT DE SANTÉ DES FEMMES / RISQUES ET PATHOLOGIES

Espérance de vie / La France dans le peloton de tête au niveau mondial

L'espérance de vie des femmes à la naissance est de 85,4 ans. Elle est l'une des meilleures au monde. Elle est sensiblement plus élevée que celle des hommes (79,2 ans), bien que l'écart d'espérance de vie entre les femmes et les hommes ne cesse de se réduire : cet écart est passé de 8,2 ans en 1994 à 6,2 ans en 2014. Il existe également des inégalités entre femmes : ainsi, à 35 ans, l'espérance de vie d'une femme cadre est supérieure de 3 ans à l'espérance de vie d'une femme ouvrière.

Accès aux soins / Une plus grande difficulté d'accès pour les femmes

Les femmes renoncent plus souvent aux soins pour des raisons financières que les hommes, quel que soit le soin concerné et ceci tout au long de la vie. Le renoncement aux soins pour raison financière est maximal chez les femmes entre 40 et 64 ans (19%).

Santé sexuelle et reproductive / Un recul continu de l'âge de la première maternité

Depuis plus de 20 ans, l'âge de la maternité recule – l'âge moyen pour le premier enfant est passé de 24,2 ans en 1967 à 28,1 ans en 2010. Cette tendance entraîne un allongement de la période comprise entre l'entrée dans la sexualité (17,6 ans en 2010) et la naissance du premier enfant. Seulement 3% des femmes n'utilisent aucune contraception, chiffre stable non affecté par la « crise de la pilule » apparue fin 2012. Le nombre d'IVG reste stable, autour de 210 000 IVG par an en France métropolitaine. Les IVG médicamenteuses représentent 58% du total des IVG. Enfin, les découvertes de séropositivité VIH concernent minoritairement les femmes (30% des cas).

Tabac et cancer / Une évolution encourageante malgré des effets de génération à enrayer

Entre 1980 et le début des années 2010, l'augmentation du tabagisme chez les femmes a conduit à une hausse du cancer du poumon ainsi que de sa mortalité : le cancer du poumon est ainsi devenu la deuxième cause de décès féminins par cancer, après le cancer du sein. La consommation régulière de tabac a connu une baisse significative entre 2010 et 2014 chez les femmes entre 20 et 54 ans. Elle a néanmoins augmenté chez les femmes de moins de 20 ans et chez les femmes de 55 ans et plus, correspondant à un effet de génération qu'il s'agit d'enrayer.

Alcool / Une augmentation significative chez les jeunes, une prise de conscience à renforcer chez les femmes enceintes

En 2014, 15% des hommes et 5% des femmes ont eu un usage quotidien de boissons alcoolisées. Mais la part des personnes ayant connu des ivresses répétées est en hausse, tout particulièrement parmi les femmes. L'augmentation du phénomène d'alcoolisation ponctuelle importante (API) est significative chez les jeunes étudiantes alors qu'il est stable chez les jeunes étudiants.

En 2010, un peu plus de 2% des femmes déclaraient avoir consommé des boissons alcoolisées plus d'une fois par mois pendant la grossesse et 17% disaient en avoir consommé une fois par mois ou moins souvent – alors que la consommation d'alcool durant la grossesse est la première cause de handicap non génétique chez l'enfant.

Nutrition et obésité / Une combinaison des inégalités sociales de santé et des inégalités femmes-hommes

La France est un des pays où les inégalités en matière d'obésité sont les plus fortes. Une tendance observée depuis 2003 se confirme : l'augmentation plus forte de la prévalence de l'obésité féminine (15,7% des femmes, 14,3% des hommes). Les femmes pauvres sont davantage touchées encore (35,1% des femmes, 17,6% des hommes).

Santé mentale / Une plus grande fragilité des femmes

Les femmes se suicident trois fois plus que les hommes. Parallèlement, les tentatives de suicide sont majoritairement le fait de femmes et ces dernières sont davantage concernées par les pensées suicidaires, notamment parmi les plus de 55 ans. Elles sont également plus touchées par la dépression. Les jeunes filles ont une plus mauvaise image et une moins bonne estime d'elles-mêmes. Enfin, les jeunes femmes représentent 90% des personnes touchées par les troubles du comportement alimentaire.