



ORDRE DES SAGES-FEMMES
Conseil National

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2021

PROPOSITIONS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Septembre 2020



propositions pour la santé des femmes :

Une nouvelle donne pour la périnatalité : Développer un accompagnement à la naissance personnalisé, coordonné et centré sur la femme

Proposition n°1 : Développer les alternatives sécurisées aux maternités : généraliser les maisons de naissance.

Proposition n°2 : Financer et développer « l'engagement maternité » en expérimentant la dotation populationnelle

Proposition n°3 : Généraliser l'entretien post-natal précoce pour prévenir la dépression du post-partum.

Proposition n°4 : Renforcer le lien ville-hôpital et la coordination des parcours des femmes enceintes au sein en permettant à chaque femme de déclarer une sage-femme référente.

Simplifier l'exercice des sages-femmes pour améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés

Proposition n°5 : Autoriser la sage-femme à prolonger les arrêts de travail

Proposition n°6 : Rembourser à titre expérimental la téléexpertise

Santé sexuelle et reproductive : Renforcer la prévention en direction des moins de 25 ans

Proposition n°7 : Création d'une consultation sexuelle longue pour tous les adolescents.

Proposition n°8 : Etendre la gratuité de la contraception à l'ensemble des jeunes de moins de 25 ans

Proposition n°9 : Permettre aux sages-femmes de traiter les IST des partenaires des femmes qu'elles prennent en charge



Sage-femme, une profession médicale au service des besoins des femmes

Dans un monde où les droits des femmes ne sont jamais acquis, les sages-femmes se mobilisent chaque jour pour la protection de ces dernières. Ce combat historique est toujours d'actualité : les sages-femmes défendent sans répit le droit des femmes de vivre à l'abri du sexisme et des violences, l'accès aux soins et la liberté de disposer de leur corps. Mais aujourd'hui, garantir les droits sexuels et reproductifs est indispensable à l'autonomie des femmes et à leur émancipation, ainsi que l'égalité entre les femmes et les hommes.

Une évolution continue de la profession pour répondre aux besoins des femmes

Les sages-femmes accompagnent par essence les femmes dans leur grossesse quelle qu'en soit l'issue. Mais la profession de sage-femme a muté pour suivre les évolutions des besoins et des désirs des femmes.

Les sages-femmes accompagnent les femmes et les parents dans la périnatalité et la parentalité. Spécialistes de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, elles assurent un suivi obstétrical sécurisé des grossesses physiologiques tout en tenant compte de la dimension affective et sociale de la naissance qui ne peut être réduit qu'à un acte médical. La prévention, la sensibilisation et l'éducation sont au cœur de leur travail.

Pour répondre aux besoins dans le domaine de la prévention et plus particulièrement dans le domaine de la santé génésique des femmes, les sages-femmes se sont adaptées. Elles assurent le suivi gynécologique des femmes en bonne santé et prescrivent la contraception depuis la loi HPST de 2009. La loi du 26 janvier 2016 leur a permis de prescrire et de pratiquer la vaccination auprès de l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale. C'est désormais un acteur incontournable de la politique de santé publique et de promotion de la santé.

Enfin, si elles sont les professionnelles du suivi physiologique de la femme, elles peuvent également prescrire et pratiquer l'IVG médicamenteuse depuis la loi de santé de janvier 2016, œuvrant au quotidien pour garantir l'accès à ce droit. Les sages-femmes ont les compétences médicales pour accompagner les femmes dans leur grossesse quelle qu'en soit l'issue.

Une évolution démographique pour répondre à la mutation de l'offre de soins

Le nombre de sages-femmes est en hausse constante et parallèlement, cette démographie a également suivi le virage ambulatoire du système de santé. Le nombre de sages-femmes est ainsi passé de 8 000 en 1974 à 22 800 en 2018.

En 2018, 15 745 sages-femmes exercent en structure hospitalière, soit 69% du total. Dans le même temps, le nombre de maternités a beaucoup diminué, passant de 1 369 en 1975 à 517 en 2016. Le secteur libéral connaît un dynamisme prononcé : entre 2000 et 2010, le nombre de sages-femmes libérales a cru de 6,7% par an en moyenne. En 2011, 3 412 sages-femmes exerçaient en libéral ou en exercice mixte. En 2018, elles sont plus du double : 7 065



Une nouvelle donne pour la périnatalité :

Développer un accompagnement à la naissance personnalisé, coordonné et centré sur la femme

La sage-femme accompagne les femmes et les parents dans la périnatalité et la parentalité. Elle les aide à définir un projet de naissance qui réponde à leurs attentes, première pierre d'un environnement propice au développement du nourrisson dès le début de la grossesse. Elle assure un suivi obstétrical sécurisé des grossesses physiologiques tout en tenant compte de la dimension affective et sociale de la naissance qui ne peut être réduit à un acte médical.

Cependant, l'accompagnement des femmes et des parents est aujourd'hui limité et trop souvent calqué sur le modèle de la prise en charge de la pathologie.

La surmédicalisation est un trait caractéristique du modèle français et de l'évolution de l'obstétrique. De plus, si les résultats montrent que la mortalité périnatale et la mortalité néonatale ont bien diminué, ils restent à un niveau moyen par rapport aux autres pays européens. Dans le dernier rapport d'EUROPERISTAT (2018), la France occupait uniquement le 17e rang des pays européens.

Pour améliorer l'accompagnement de la femme et du couple, il est indispensable de penser une prise en charge renouvelée avec un professionnel de santé référent au sein d'un réseau limité, coordonné et centré sur la femme enceinte et les parents.

Dès 2005, les recommandations de la HAS ont affirmé ce principe : « *Le suivi des femmes avec une grossesse normale doit être assuré autant que possible par un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par la même personne. Si le suivi est réalisé par un groupe de professionnels de santé, une personne « référente » dans ce groupe facilite la coordination et l'organisation des soins et leur articulation avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien* ».

Dès lors dans le cadre des grossesses physiologiques, la sage-femme doit être l'accompagnant professionnel référent complémentaire au soutien familial et amical. **Il est important de rendre du temps d'écoute auprès des sages-femmes pour répondre aux différents aspects de la naissance (physique, médical, émotionnel).** La prise en charge doit tendre vers un accompagnement plus global, retrouver une dimension holistique avec la sage-femme comme pivot.

Ce modèle permettra de **favoriser et de respecter les projets de parentalité, de mieux réduire le stress, les complications, de mieux respecter la physiologie et de garantir davantage la sécurité des accouchements.** La prévention, la sensibilisation et l'accompagnement vers la parentalité seront renforcés. Enfin, cela permettra **une prévention primaire mais aussi secondaire de la dépression du post-partum** puisque les premiers signes seront dépistés précocement.

La France doit faire évoluer son modèle périnatal pour augmenter la sécurité et la qualité des prises en charge et répondre aux attentes des femmes et des couples.



Proposition n°1 : Développer les alternatives sécurisées aux maternités en généralisant les maisons de naissance

Soutenues par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, les maisons de naissance sont des structures au sein desquelles les femmes enceintes ont la possibilité de bénéficier d'un accompagnement global, qui associe une femme et une sage-femme. Lancée en 2015, leur expérimentation a été prolongée d'une année pour s'achever en novembre 2021. Au-delà de la pérennisation des maisons de naissance existantes, le Conseil national soutient la généralisation de ce dispositif à l'ensemble du territoire sur la base du modèle proposé par le sénateur Bernard Jomier dans le cadre d'une proposition de loi déposée le 17 février dernier¹.

A ce jour, il existe 8 maisons de naissance qui offrent une pleine satisfaction aux usagers mais peinent à répondre à toutes les demandes, démontrant bien qu'elles représentent une diversification de l'offre de soins périnatale attendue par la population. En effet, la surmédicalisation et la prise en charge souvent standardisée proposée dans certaines maternités ne correspondent pas au projet de naissance et à la personnalisation attendus par de nombreuses femmes.

Ces structures font leur preuve : un groupe de recherche sous la responsabilité d'Anne Chantry, sage-femme et chercheuse à l'Inserm, a réalisé une étude venant démontrer la qualité et la sécurité des soins prodigués en maisons de naissance en France. Plus de 90% des femmes accompagnées en maison de naissance pendant le travail ont accouché par voie basse spontanée et uniquement 3% ont eu une césarienne. 94% ont adopté une position autre que dorsale, un chiffre très révélateur en regard des pratiques hospitalières où cela ne concerne que 11% des femmes. Le taux d'épisiotomie est seulement de 3,3%.

Chacune des huit maisons de naissance françaises a fait face à une augmentation constante des demandes, à tel point qu'elles se voient aujourd'hui obligées de refuser d'accompagner des parents par manque de place. A la maison de naissance parisienne, moins de 30% des demandes peuvent être acceptées.

Cet engouement est la traduction d'évolutions sociétales plus globales. Les femmes recherchent de plus en plus une diversification de l'offre de périnatalité et en particulier, lorsqu'elles ne présentent pas de risques obstétricaux, la possibilité d'accoucher dans un environnement moins technicisé. En 2016, 14,6% des femmes interrogées à leur arrivée à la maternité déclaraient ne pas souhaiter d'analgésie péridurale. La qualité de l'accueil du nouveau-né dans l'intimité familiale et l'implication du conjoint à toutes les étapes font également partie des revendications croissantes des futurs parents.

Ainsi, tant sur le plan du respect de l'autonomie de la femme, du suivi personnalisé qui intègre pleinement les deux parents que des aspirations des sages-femmes dans l'exercice de leur profession, les maisons de naissance répondent à des besoins identifiés. Selon une étude Ipsos révélée en février 2020, une femme sur cinq, soit près de 20%, souhaiterait accoucher dans une maison de naissance.

¹ Proposition de loi portant pérennisation et généralisation des maisons de naissance déposée le 17 février 2020 par le sénateur de Paris Bernard Jomier



Les sages-femmes, dont la physiologie est la compétence première, sont par ailleurs entièrement satisfaites de ce modèle car leur pratique professionnelle y est complète et diversifiée. Elles sont valorisées et investies dans l'exercice autonome de la direction médicale, financière et administrative de la structure, dans un esprit d'horizontalité.

Proposition n°2 : Financer et développer « l'engagement maternité » en expérimentant la dotation populationnelle

L'engagement maternité avait été annoncé par l'ancienne ministre des solidarités et de la santé pour organiser des schémas de prise en charge pour les parturientes qui résident à plus de 45 minutes d'une maternité. Si aujourd'hui, cet engagement a du mal à prendre corps, **il doit devenir une réalité dans chaque territoire peu importe la distance avec la maternité.** Pour cela, il doit être construit par l'ensemble des acteurs du territoire et **être présent dans le projet de territoire de santé.**

Il doit définir dans chaque territoire les schémas d'accès aux soins, de prévention, les prises en charge pré et post-partum, la permanence des soins périnataux et les mécanismes de prise en charge des urgences. Il doit permettre de définir des parcours lisibles pour les femmes et leur garantir la liberté de choix.

Si la logique est la même dans tous les territoires, les enjeux et les outils nécessaires pour y répondre sont différents. Ainsi, pour des territoires à longue distance des maternités, des outils spécifiques doivent être développés.

Ce schéma ne peut être général : chaque territoire est spécifique. Dès lors, il est indispensable de **généraliser les projets de territoires de santé.** Ces projets doivent être construits par l'ensemble des acteurs d'un territoire. Ce projet doit associer l'ensemble des professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, les établissements de santé publics et privés, les collectivités, l'éducation nationale et les usagers. Il doit faire émerger les besoins territoriaux pour l'offre de soin, prévoir une organisation de la permanence des soins et construire une prévention adaptée au contexte local. **Ce projet permettra à la fois un exercice coordonné voulu et conçu par les professionnels de santé du territoire et une politique de santé territoriale cohérente et adaptée.**

Pour faire vivre chaque projet de santé, une instance de démocratie sanitaire est nécessaire. **Chaque projet territorial de santé doit être attaché à un conseil territorial de santé renouvelé.** Ce conseil doit définir les priorités et construire les solutions dans les territoires.

Le rôle de la délégation territoriale de l'ARS est et sera important : faciliter les relations, apporter un appui et proposer des outils. Il est donc nécessaire de **renforcer et transformer les délégations territoriales des ARS** : elles doivent devenir facilitateur de la coopération dans les territoires et aider à l'émergence de ces projets en mobilisant l'ensemble des professionnels. Ces délégations doivent obtenir un réel pouvoir décisionnaire pour adapter la politique régionale et nationale de santé au plus près du citoyen.

Le CNOF propose, dès lors, dans un premier temps de lancer une expérimentation dans plusieurs départements où l'engagement maternité serait financé par une dotation populationnelle.



En effet, pour réduire les inéquités de l'offre de soins et répondre aux besoins spécifiques des populations dans chaque territoire, d'autres modalités de financement doivent être envisagées.

La dotation populationnelle permet à la fois de répartir le financement entre les territoires en fonction des besoins (mesurés par des indicateurs) d'une population et de financer un ou des opérateurs de santé au regard des objectifs de leurs missions et de la population cible.

Ce mode de financement a pour bénéfice de modifier l'offre de soins pour l'adapter au territoire et à sa population. L'organisation des acteurs est questionnée pour répondre aux besoins du patient. Ce financement complémentaire incite la coordination des acteurs autour de parcours, le développement d'actions de prévention ciblées et l'accompagnement psychosocial des patients.

Cette dotation populationnelle pourrait permettre la structuration des acteurs de la périnatalité dans les territoires afin d'améliorer la prise en charge et l'offre de soin en finançant une permanence et une continuité des soins (astreintes...) adaptée au territoire.

Toutefois, cette évolution du financement ne peut se faire sans un travail profond de renouvellement des indicateurs de périnatalité. Ils doivent être à la fois qualitatifs et quantitatifs et permettre d'évaluer à la fois la sécurité, la qualité, la pertinence et l'accès aux soins. Il est important d'évaluer le suivi anténatal, l'accouchement, le suivi post-natal et la satisfaction des femmes et couples. Enfin, ces indicateurs devront prendre en compte la dimension psycho-sociale du soin et de la prise en charge.

Proposition n°3 : Généraliser l'entretien post-natal précoce pour prévenir la dépression du post-partum

Aujourd'hui, l'accompagnement en post-partum immédiat est pris en charge à 100% par l'assurance maladie jusqu'au 12^{ème} jour après la naissance. **Il permet le suivi de la mère et du nouveau-né à domicile par une sage-femme.**

Après la naissance, la femme peut bénéficier du dispositif du PRADO maternité en cas de sortie précoce (72 heures suivant l'accouchement ou dans les 96 heures en cas de césarienne). Un conseiller de l'assurance maladie va à la rencontre de la femme et des parents pour présenter le dispositif et organiser le suivi personnalisé. Il se met en contact avec la sage-femme qui a suivi la femme pendant sa grossesse ou donne une liste de professionnelles. Cela permet d'organiser **une visite dans les 24 premières heures après le retour au domicile d'une sage-femme.** Une seconde visite intervient dans la semaine qui suit la sortie. La sage-femme prend soin de la mère et du nouveau-né par une évaluation clinique. Elle suit l'état psychologique pour prévenir et repérer la dépression du post-partum. Elle conseille sur l'allaitement et accompagne la femme et les parents dans leurs premiers gestes de parents.

Un aspect important de cet accompagnement est de revenir sur l'accouchement pour donner un sens et expliquer cette expérience pour diminuer les risques d'apparition d'une dépression du post-partum.

Cependant, aujourd'hui en France, **le nombre de femmes qui rencontrent des difficultés en post-partum est d'après la HAS (recommandations de 2015) important (de 15 à 35 % en fonction des études),** en raison d'une mauvaise préparation à la sortie de la maternité et



non du séjour en lui-même. Le PRADO aujourd'hui ne répond à toutes les attentes et tend à limiter le nombre de visites à domicile de la sage-femme.

Pour améliorer le dispositif du PRADO et plus globalement les suites de couches, un entretien postnatal précoce en miroir de l'EPP devrait être généralisé. **Recommandé depuis 2014 par la HAS et par le rapport de la commission des 1000 premiers jours de la vie, il est encore trop méconnu. L'EPNP², complémentaire aux premières visites, serait fait si possible par le professionnel de santé ayant suivi la grossesse et aurait pour cadre le domicile.** Il pourrait durer une heure et se dérouler dans les 5 à 15 jours après la sortie de la maternité. Il serait axé sur deux dimensions : **le bien-être émotionnel de la mère avec un retour sur le vécu de l'accouchement et du retour à domicile mais aussi « la prise en charge de l'enfant » pour accompagner les femmes et les parents sur les questions de soins, l'alimentation et des rythmes (pleurs, sommeil).**

Proposition n°4 : Renforcer le lien ville-hôpital et la coordination des parcours des femmes enceintes en permettant à chaque femme de déclarer une sage-femme référente

Le modèle périnatal français doit évoluer pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des femmes mais aussi des professionnels. Un point clé est le renforcement du lien incontournable ville-hôpital aujourd'hui insuffisant en créant de véritable parcours coordonné pour les femmes enceintes au sein de chaque territoire.

Si chaque femme peut déclarer une sage-femme référente qui tient à jour un dossier obstétrical complet : cela permettra d'aider les parents à construire leur projet de naissance et de faire le lien avec la maternité, de diminuer les passages aux urgences en étant disponible et à l'écoute dans un climat de confiance, de réguler l'offre de soin sage-femme en organisant des relais et de rendre effectif le volet anténatal du Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) en organisant en amont les sorties de maternité, précoces ou non, des femmes et des nouveau-nés, en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

SIMPLIFIER L'EXERCICE DES SAGES-FEMMES POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ET DES NOUVEAU-NES

Proposition n°5 : Autoriser la sage-femme à prolonger les arrêts

Durant la grossesse, de nombreux arrêts de travail sont prescrits pour éviter la survenue d'une pathologie pouvant entraîner une hospitalisation. Il s'agit donc d'arrêts de travail « de

²Céline Tari et Sébastien Riquet, L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale, Educ Ther Patient/Ther Patient Educ
Volume 8, Number 2, Décembre 2016



prévention ». C'est pourquoi la sage-femme est aujourd'hui habilitée à les prescrire mais uniquement pour une période maximum de 15 jours, sans pouvoir toutefois les prolonger. Cependant, 15 jours ne sont pas une période suffisante pour permettre à certains facteurs de risques de complications de disparaître : les sages-femmes doivent être autorisées à prolonger ces arrêts pour une période d'au moins 15 jours supplémentaires.

Proposition n°6 : Remboursement à titre expérimental de la téléexpertise

La sage-femme est compétente et formée pour assurer le suivi des grossesses physiologiques (non pathologiques). Elle dépiste la pathologie et oriente la patiente vers le médecin. En aucun cas, elle ne le remplace. Aujourd'hui, les sages-femmes sont habilitées à réaliser des actes de téléexpertise mais ils ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

La prise en charge de ces actes permettrait aux sages-femmes d'échanger avec des gynécologues-obstétriciens et/ou régulateurs Samu afin de pallier l'absence de médecins spécialistes dans les territoires, de mettre en place de protocoles de soins adaptés sans contraindre la femme à un long déplacement et de déterminer la nécessité d'un transfert dans le cadre de prises en charge particulières.

La prise en charge à titre expérimental de ces actes, en attendant un avenant à la convention avec l'assurance maladie, apparaît comme un impératif afin de mieux répondre au maillage territorial de l'offre de soins. C'est également un outil indispensable pour organiser une offre de soins complémentaire et structurée entre les médecins et sages-femmes dans les territoires.

Santé sexuelle et reproductive : ***Renforcer la prévention en direction des moins de 25 ans***

Nécessaires à l'autonomie et à l'émancipation des femmes, les droits sexuels et reproductifs sont indispensables afin de garantir l'égalité entre les femmes et les hommes. Ces droits récents sont toujours sous tension. A la fois politiques et personnels, miroirs de la société et de ses évolutions sociologiques mais aussi de l'intime, ils sont au cœur des débats religieux, culturels, sociaux ou moraux. Souvent reconnus mais questionnés, le combat reste permanent pour les faire appliquer puisqu'ils touchent aux imaginaires collectifs de nos sociétés.

Les pouvoirs publics doivent désormais garantir la possibilité aux femmes de choisir de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent dans le cadre d'une sexualité responsable et sûre.

En France, la contraception est intégrée aux pratiques avec plus de 80% des femmes qui utilisent un moyen de contraception. D'autre part, plus de 80% des jeunes de moins de 25 ans utilisent des préservatifs pendant leurs premiers rapports.

Cependant, la situation chez les jeunes reste préoccupante. L'éducation à la sexualité est aujourd'hui défailante. 25 % des écoles n'ont aucune action d'éducation malgré l'obligation légale. Les IST sont en augmentation de 10% depuis 2012 et 6000 personnes ont été diagnostiquées séropositives. La couverture vaccinale VHB contre l'hépatite B est insuffisante



(seulement 43% des adolescents de 15 ans sont vaccinés) tout comme celle du HPV contre le papillomavirus (seulement 28,3% des jeunes filles de 16 ans sont vaccinées). La contraception d'urgence reste mal connue. Selon les données du Baromètre de Santé publique France 2016, seul 1% des moins de 30 ans connaît le délai maximum dont dispose une femme après un rapport sexuel pour éviter une grossesse non désirée (5 jours). Depuis sa légalisation le nombre d'IVG est resté stable autour des 215 000 par an. Si la couverture contraceptive s'est améliorée, aujourd'hui 6 grossesses sur 10 non voulues se terminent par un avortement.

Proposition n°7 : Création d'une consultation sexuelle longue pour tous les adolescents

Il est nécessaire de transformer la consultation longue IST/contraception pour les jeunes filles entre 15 et 18 ans en une consultation longue « santé sexuelle » au bénéfice de tous les jeunes. Cette consultation plus globale qui pourra durer une heure sera prise en charge à 100% par l'assurance maladie.

L'adolescent pourra venir seul : l'obligation d'accompagnement du mineur par un adulte sera levée. Un mécanisme sera également mis en place pour garantir la confidentialité avec une suppression de toute référence à cette consultation dans les relevés de l'assurance maladie. L'adolescent bénéficiera du secret des dépenses.

Cette consultation pourra être réalisée par les sages-femmes et les médecins pour l'ensemble des adolescents. Cette mesure permettra de renforcer l'implication des praticiens de la ville dans la prévention de la santé sexuelle et reproductive. Elle renforcera également l'égalité de l'accès aux soins des jeunes dans les différents territoires. L'universalité de cette consultation permettra de mieux protéger les hommes mais également les femmes.

Cette consultation bénéficiera à l'ensemble des jeunes de 15 à 18 ans avec une approche globale de santé sexuelle et reproductive afin de :

- Mobiliser tous les adolescents en faveur de leur santé sur le thème de la contraception, de la prévention et du dépistage précoce des IST ;
- Accéder à la contraception, aux outils de prévention (dont les vaccinations) et au dépistage des IST ;
- Repérer les situations de violence mais aussi les situations de discrimination liée à l'orientation sexuelle pour une prise en charge vers des structures adaptées ;
- Sensibiliser aux risques liés à la consommation de substances psychoactives (drogues, tabac, alcool...).

Proposition n°8 : Etendre la gratuité de la contraception à l'ensemble des jeunes de 18 à 25 ans

Le coût de la contraception demeure un frein majeur à son recours. Les jeunes filles majeures, notamment les 18-25 ans souvent concernées par la précarité, ne bénéficient pas de dispositif facilitant la prise en charge financière de leur contraception et de leur suivi gynécologique. Les conséquences sont directes sur l'accès à la contraception comme l'illustre le cas des étudiants et étudiantes. Ainsi, en 2019, ils et elles étaient deux sur cinq à déclarer renoncer aux soins faute de moyens. (Etude de juillet 2019 de la LMDE selon laquelle le



renoncement aux soins est passé de 35% en 2014 à 42% en 2019). Seulement 52% des étudiantes déclarent avoir consulté un ou une gynécologue dans l'année et 12% de celles-ci n'ont aucun suivi gynécologique entre 20 et 23 ans.

Depuis 2013, la contraception est gratuite pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, une mesure récemment étendue aux moins de 15 ans au regard de son efficacité. **Aussi, les jeunes de 18 à 25 ans doivent également pouvoir bénéficier de la gratuité de la contraception.** Cela permettra :

- De répondre à la précarité des jeunes
- De lutter contre le renoncement aux soins
- De renforcer la prévention afin de lutter contre les IST et les grossesses non désirées.

Concrètement, il s'agit d'exonérer les jeunes de 18 à 25 ans du ticket modérateur lié aux consultations de médecins ou sages-femmes, aux examens biologiques, aux médicaments et dispositifs contraceptifs ainsi qu'à la pilule du lendemain.

D'après le rapport de l'IGAS « L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures » d'avril 2015, le coût de cette mesure peut être évalué entre 40 à 50 millions d'euros. Cette mesure a été proposée dans le rapport du CESE de novembre 2019 « Droits sexuels et reproductifs en Europe : entre menaces et progrès » et à titre de comparaison européenne, la Belgique a étendu en 2020 la gratuité à l'ensemble des jeunes de moins de 25 ans.

Proposition n°9 : Permettre aux sages-femmes de traiter les IST des partenaires des femmes qu'elles prennent en charge dans le cadre de leurs compétences

Depuis 10 ans, le nombre de nouveaux diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque augmente selon Santé publique France. Cette augmentation touche tout particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans avec des conséquences parfois très lourdes. Conséquence d'une utilisation non systématique du préservatif, ces infections parfois silencieuses sont très contagieuses et très fréquentes.

Pourtant, elles peuvent entraîner des complications très importantes comme la stérilité.

Le dépistage est alors le seul moyen de diagnostic. Si le dépistage et le préservatif sont les moyens les plus efficaces pour lutter contre les IST, il est important de prendre en charge rapidement ces infections une fois dépistées pour éviter des complications graves pouvant conduire notamment à la stérilité.

Ainsi, le champ d'action des sages-femmes devrait être plus large afin de leur permettre de traiter certaines IST des partenaires, donnant ainsi une nouvelle dimension à la prévention en favorisant une prise en charge précoce.