



HAL
open science

Les enjeux spécifiques aux femmes dans la LFSS pour 2016 et la loi santé

Marie Mesnil

► **To cite this version:**

Marie Mesnil. Les enjeux spécifiques aux femmes dans la LFSS pour 2016 et la loi santé . Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2016, pp.52-60. hal-04044340

HAL Id: hal-04044340

<https://hal.science/hal-04044340>

Submitted on 24 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Marie Mesnil

Docteure en droit privé / ATER à l'Université Paris Descartes, Institut Droit et Santé, Inserm UMR S 1145

Les enjeux spécifiques aux femmes dans la LFSS pour 2016 et la loi santé

En décembre 2015, deux textes importants ont été adoptés en matière de santé et nombre de leurs dispositions s'adressent ou concernent spécifiquement les femmes. Cela s'explique d'une part, par une prise en compte accrue des enjeux en termes d'égalité entre les sexes dans le cadre des travaux préparatoires à la loi de modernisation de notre système de santé (loi santé)¹ et d'autre part, par une considération importante, depuis 2012, des lois de financement pour la sécurité sociale (LFSS) pour l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

La préparation du projet de loi de modernisation de notre système de santé s'est accompagnée d'une réelle réflexion en termes d'égalité entre les femmes et les hommes. Outre la prise en compte, dans l'étude d'impact, de l'incidence de chacune des dispositions du texte sur l'égalité entre les sexes², la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a souhaité être saisie et a ainsi rendu un rapport d'information le 18 février 2015³. À partir de ce rapport et dans une perspective d'effectivité du droit à la santé pour tous, la loi de modernisation de notre système de santé prend en compte les enjeux de santé spécifiques aux femmes afin d'« améliorer la prévention, l'égal accès aux soins et la prise en charge » de celles-ci. Quant aux LFSS, elles contribuent également à réaliser ces objectifs sous l'angle d'une meilleure définition des droits sociaux et d'une prise en charge accrue voire intégrale en matière de contraception et d'IVG. La LFSS pour

1 - Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

2 - Assemblée Nationale, *Étude d'impact relative au projet de loi relatif à la santé*, NOR : AFSX1418355L/Bleue-1, 14 octobre 2014, conformément à la Circulaire du 23 août 2012 relative à la prise en compte dans la préparation des textes législatifs et réglementaires de leur impact en termes d'égalité entre les femmes et les hommes.

3 - Catherine Coutelle et Catherine Quéré, *Rapport d'information de la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi relatif à la santé (n° 2302)*, déposé le 18 février 2015.

2016⁴ est particulièrement emblématique. En effet, le texte opère, d'une part, une évolution en profondeur du système de protection sociale qui emporte des conséquences bénéfiques pour les femmes en leur attribuant des droits propres et améliore, d'autre part, les dispositifs existants en matière d'accès à la contraception pour les personnes mineures.

Les nombreuses dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé et de la LFSS pour 2016 qui concernent explicitement ou indirectement les femmes peuvent être classées selon leur domaine. Un certain nombre de mesures permet une meilleure prise en charge des femmes par le système de protection sociale et par le système de santé et d'autres dispositions visent spécifiquement à renforcer la prise en compte des enjeux liés à la santé sexuelle et reproductive.

I. Les femmes dans les systèmes de protection sociale et de santé

Dans leurs rapports avec le système de santé, les personnes sont considérées autant comme des assurés sociaux que comme des usagers du système de santé. Sur ces deux plans, la LFSS pour 2016 et la loi de modernisation de notre système de santé renforcent l'effectivité de la protection sociale et la politique de santé à l'égard de tous, et des femmes en particulier.

A. La prise en charge des frais de santé renouvelée

En matière de protection sociale, une mesure destinée à l'ensemble des assurés sociaux améliore nettement la situation des femmes : il s'agit de l'individuation de la qualité d'assurée sociale par la LFSS (2) avec la mise en place de la Protection Universelle Maladie (PUMA) (1).

1. L'instauration de la PUMA

L'article 59 de la LFSS pour 2016 modifie en profondeur le système d'ouverture des droits à la prise en charge des prestations en nature de l'assurance maladie en instaurant la PUMA⁵. Ce nouveau système prévoit que toute personne résidant de manière stable et régulière en France bénéficie de la qualité d'assuré social de ce seul fait ou en tant que travailleur, par le biais d'une affiliation à un régime professionnel.

4 - Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

5 - Voir en ce sens not. Didier Tabuteau, « La protection universelle maladie (PUMA) : une transfiguration législative de l'assurance maladie (première partie) », *RDSS*, 2015, p. 1058.

Auparavant, il existait une hiérarchie dans l'affiliation du fait de la coexistence d'un système de protection sociale d'inspiration bismarckienne et d'une volonté de réaliser l'objectif d'universalité du système beveridgien, à travers, depuis son instauration en 1999⁶, la Couverture Maladie Universelle (CMU). Ainsi, conformément au principe d'assurance liée au travail, les travailleurs, du fait du versement de leurs cotisations (assujettissement), bénéficient d'une affiliation au régime général ou aux régimes spéciaux. Les ayants droit - conjoints et enfants - de l'assuré social bénéficient également d'une couverture, tout comme les retraités et demandeurs d'emploi qui sont maintenus dans leurs droits antérieurs. À titre subsidiaire, les personnes peuvent bénéficier d'une couverture minimale relevant de la solidarité : depuis le 1^{er} janvier 2000, la CMU offre une couverture en matière de santé à condition que les personnes résident de manière stable et régulière en France⁷. Ce mécanisme a été mis en place car le nombre de personnes n'ayant pas de couverture sociale, à quelque titre que ce soit, était à la fin des années 1990 estimé à 150 000⁸. Alors que la CMU devait réaliser une des ambitions initiales de la sécurité sociale de 1945, couvrir l'ensemble de la population, le système est en pratique imparfait. En effet, les personnes concernées par la CMU de base, la CMU complémentaire (CMU-C) ou encore l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont souvent des personnes dans une situation de précarité, qui ne connaissent pas l'existence de ces dispositifs, ou rencontrent des difficultés, linguistiques ou pratiques, face à la complexité administrative du système. Cela conduit alors à des renoncements à l'ouverture de droits ou à des périodes sans couverture sociale, notamment en cas de changement de situation. Ainsi, la DREES estime qu'« en 2013, le taux de recours à la CMU-C se situe entre 60 % et 72 % et celui de l'ACS entre 28 % et 41 % »⁹.

La PUMA répond autant à un objectif de renforcement de l'accès aux droits et aux soins qu'à une volonté d'amélioration de l'efficacité de la gestion du système d'affiliation. Désormais, la prise en charge des frais de santé concerne, à titre individuel, toutes les personnes majeures, au titre de leur travail ou de leur résidence stable et régulière en France. Ainsi les difficultés liées à des changements de situations devraient être réduites.

.....

6 - Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

7 - L'article L. 380-1 du Code de la sécurité sociale disposait depuis sa création par l'article 3 de la loi portant création d'une CMU jusqu'à son abrogation par l'article 32 de la LFSS pour 2016 que « toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité ».

8 - Monique Kerleau, « De la couverture maladie universelle aux politiques d'accès à l'assurance-maladie complémentaire : diversité des modèles et des protections », *Revue Française de Socio-Économie*, 2012/1, n° 9, pp. 171-189, spéc. p. 173.

9 - Fonds CMU, *Rapport d'activité 2014*, p. 9.

2. L'individuation de la qualité d'assurée sociale

Les conséquences de cette évolution sont importantes pour la sécurité sociale : la prise en charge des frais de santé se trouve ainsi séparée des autres assurances sociales et pourrait appeler d'autres évolutions¹⁰. En ce sens d'ailleurs, les députés à l'origine de la saisine du Conseil constitutionnel reprochaient au dispositif « de bouleverser les conditions générales d'affiliation, et, pour la première fois dans l'histoire de la sécurité sociale, de délier dans son principe même le droit général à prestation et les cotisations ». Pour les sages, « le législateur a uniquement modifié des règles de gestion de la prise en charge des frais de santé des personnes auxquelles est assurée cette protection sociale » mettant en œuvre le droit à la santé protégé par l'alinéa 11 du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946¹¹. Par conséquent, ces dispositions sont déclarées conformes aux exigences constitutionnelles.

Ce changement important de philosophie du dispositif, motivé certes en grande partie par des impératifs gestionnaires, entraîne également des conséquences plus spécifiques, notamment pour les femmes, qui constituent la plus forte proportion d'ayants droit majeurs : désormais, elles bénéficieront de droits propres, indépendamment de leur statut conjugal et des changements qu'il peut connaître. Le recul de la conception familialiste des droits sociaux peut être salué comme une avancée de l'égalité entre les femmes et les hommes, en permettant une égalité de traitement par la sécurité sociale. Ainsi, la PUMA permet de ne plus consacrer un modèle fondé sur la différence et complémentarité des sexes, avec en particulier un foyer dans lequel l'homme est pourvoyeur économique tandis que la femme est responsable de l'éducation des enfants¹². De manière plus pragmatique, cela offre également aux femmes une totale confidentialité lors de la prise en charge de leurs dépenses de santé, importante notamment en matière de contraception.

L'instauration de la PUMA modifie en profondeur le système de prise en charge des frais de santé pour toute la population et emporte des conséquences spécifiques pour les femmes, qui étaient plus nombreuses à bénéficier de la CMU et représentaient la plus grande proportion d'ayants droit majeurs. D'autres mesures prises par la loi santé contribuent, plus directement cette fois, à améliorer la prise en charge des femmes par le système de santé.

.....

10 - Voir en ce sens Denis Piveteau, La protection universelle maladie (PUMA), *JDSAM*, 2016-1, p. 114 et Didier Tabuteau, « La protection universelle maladie (PUMA) : une transfiguration législative de l'assurance maladie (première partie) », *RDSS*, 2015, p. 1058.

11 - Conseil constitutionnel, Décision n° 2015-723 DC, 17 décembre 2015, LFSS pour 2016, cons. 20.

12 - Voir not. sur ce sujet Marie-Thérèse Lanquetin, Marie-Thérèse Letablier, « Individualisation des droits sociaux et droits fondamentaux - Une mise en perspective européenne », *Recherches et Prévisions*, n° 73, 2003, Famille et droit social, pp. 7-24.

B. Des politiques de santé sensibles à l'égalité entre les sexes

De manière générale, l'article 1^{er} de la loi santé fait apparaître de manière explicite que la politique de santé « tend à assurer (...) l'égalité entre les femmes et les hommes » (article L. 1411-1 du Code de la santé publique). Outre le volet national, un pilotage régional est également prévu par les Agences régionales de santé (ARS) qui doivent intégrer dans leur schéma régional de santé un plan d'action pour l'accès à l'IVG¹³. Cette nécessité d'intégrer l'égalité entre les sexes dans l'élaboration de la politique de santé et la prise en compte de l'IVG au niveau de la territorialisation de la politique de santé s'accompagne, dans la loi santé, de mesures destinées aux femmes, tant en leur qualité d'usagères du système de soins que d'actrices de celui-ci, notamment comme professionnelles de santé.

1. Des mesures de prévention destinées aux femmes

La loi santé comprend des articles qui s'adressent spécifiquement aux femmes et les considèrent en tant que groupe. Il s'agit alors d'une part de prendre en compte des enjeux particuliers qui concernent en très grande majorité les femmes -comme les troubles du comportement alimentaire- et d'autre part, de promouvoir la récolte de données en fonction du sexe en matière de risques professionnels afin à pouvoir par la suite prendre des mesures adaptées. D'autres mesures, qui visent les femmes uniquement lorsqu'elles sont enceintes, dans une optique de protection de la santé de l'enfant à naître, répondent à une logique différente de celle des autres dispositions de la loi santé et de la LFSS pour 2016 qui visent à renforcer l'autonomie des femmes ou prendre en compte les questions de santé qui leur sont spécifiques. Toutefois il apparaît alors que la prise en compte de la santé de l'enfant ne pèse pas uniquement sur la mère et tend au contraire à s'élargir à tout l'entourage de l'enfant, notamment concernant la lutte contre le tabagisme.

En matière de nutrition, la loi santé prévoit d'améliorer l'information nutritionnelle notamment par le biais « d'une présentation ou d'une expression complémentaire au moyen de graphiques ou de symboles » (article 14). D'autres dispositions concernent plus spécifiquement les troubles du comportement alimentaire (TCA) dont la prévention et le diagnostic précoce sont maintenant mentionnés comme une composante de la politique de santé (article L. 3231-1 A du Code de la santé publique créé par l'article 18 de la loi santé). Les TCA concernent principalement les jeunes filles et femmes : 0,9 % des femmes sont touchées par l'anorexie et 1,5 % par la boulimie. De même, des formes atténuées de ces troubles concerneraient nettement les jeunes puisqu'une adolescente sur quatre et un adolescent sur cinq seraient touchés pendant

l'adolescence¹⁴. Dans une volonté de lutter contre les représentations de modèles féminins trop maigres, deux mesures sont adoptées par la loi santé et s'appliquent aux mannequins des deux sexes, même si les femmes sont davantage concernées. D'une part, l'article 19 oblige, après adoption du décret d'application et au plus tard à partir du 1^{er} janvier 2017, à mentionner que la photographie est retouchée sur les photographies à usage commercial de mannequin lorsqu'un logiciel de traitement d'image a été utilisé « afin d'affiner ou d'épaissir la silhouette du mannequin » (article L. 2133-2 du Code de la santé publique). Une amende de 37 500 euros, pouvant être portée à 30 % des dépenses consacrées à la publicité, est par ailleurs prévue en cas de non-respect de cette obligation. D'autre part, il est prévu par l'article 20 de la loi santé un contrôle médical spécial pour les mannequins et la production d'un certificat médical attestant « que l'évaluation globale de l'état de santé du mannequin, évalué notamment au regard de son indice de masse corporelle (IMC), est compatible avec l'exercice de son métier » (article L. 7123-2-1 du Code du travail). Des sanctions à hauteur « de six mois d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende » sont prévues pour les agences et employeurs de mannequins qui ne rempliraient pas cette obligation. L'effectivité de ces mesures – photographie retouchée et certificat médical contrôlant l'IMC – est incertaine tant les facteurs conduisant à des TAC sont nombreux¹⁵. La construction de l'image des femmes et spécialement d'une silhouette acceptable est un phénomène complexe qui va au-delà des seules mannequins ; sans éradiquer les TAC, ces mesures contribueront à rendre moins visible la maigreur des mannequins mais paraissent *in fine* moins importantes que l'inscription de la prévention et du diagnostic des TAC comme faisant partie intégrante de la politique de santé.

D'autres mesures de la loi santé visent spécifiquement les femmes et en particulier une meilleure connaissance du nombre de femmes concernées par les accidents du travail et maladies professionnelles. Dans cette optique, il est prévu que le rapport annuel d'activité des entreprises comporte des données selon le sexe (article L. 4624-1 du Code du travail modifié par l'article 38 de la loi santé) ainsi que le rapport d'activité et de gestion de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Article L. 221-1 du Code de la sécurité créé par l'article 163 de la loi santé). Ces mesures mettent en œuvre une des recommandations du rapport d'information la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des



13 - Voir en ce sens les dispositions de l'article 158 de la loi santé et en particulier les dispositions de l'article L. 1434-7 du Code de la santé publique.

14 - Nathalie Godart et Bruno Falissard, *Troubles des conduites alimentaires : un adolescent sur quatre concerné, La santé de l'homme*, n°394, mars-avril 2008, pp. 16-18 ; voir également Dominique Henon, *La santé des femmes en France*, Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du Conseil économique, social et environnemental, 2010.

15 - Voir not. en ce sens Xavier Pommereau, « Troubles du comportement alimentaire : quelle place pour l'image du corps ? », *La santé de l'homme*, n° 394, mars-avril 2008, pp. 23-25.

chances entre les hommes et les femmes¹⁶. En effet, lors des auditions, des difficultés pour « produire et publier des données sexuées en santé et sécurité au travail »¹⁷ avaient été mises en avant.

À ces mesures qui s'adressent à toutes les femmes, de l'adolescence à leur vie active, s'ajoutent des dispositions spécifiques aux femmes enceintes : il s'agit alors davantage de prendre en compte la santé de l'enfant à naître que celle des femmes. Aussi, ces mesures, qui concernent aussi bien le tabac que le plomb, ne renforcent pas l'autonomie des femmes ni ne prennent en compte des questions de santé qui leur sont spécifiques. Néanmoins, une évolution semble faire relativement moins peser sur les seules mères la responsabilité de la santé de l'enfant en bas âge. Ainsi, en matière de réduction du tabagisme, l'article 134 de la loi santé renforce les compétences des sages-femmes qui peuvent « prescrire des substituts nicotiques à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou assurent la garde de ce dernier » (article L. 4151-4 du Code de la santé publique)¹⁸. D'autres mesures semblent profiter de la grossesse pour sensibiliser les femmes aux dangers du tabac comme l'article 135 de la loi santé qui met en place, à titre expérimental dans certaines régions, « une consultation et (...) 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 rapport d'information de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes souligne quant à lui que c'est l'ensemble des femmes, avec en plus pour certaines femmes en « âge de procréer » l'association avec la pilule, qui est concerné par le tabagisme¹⁹. Enfin, une dernière mesure s'adresse à tous les parents ou titulaires de l'autorité parentale d'enfants mineurs et en particulier aux femmes enceintes et vise à les inciter à consulter un médecin lorsque du plomb a été mis en évidence dans l'environnement du mineur (article L. 1334-1 du Code de la santé publique modifié par l'article 48 de la loi santé).

Ces différentes mesures en matière de prévention et promotion de la santé montrent la logique des dispositions qui s'adressent autant aux femmes en tant que groupe qu'aux seules mères et visent dans ce cas alors davantage la protection des enfants à naître. À ce souci de prendre en compte la santé des femmes autant que l'égalité entre les sexes en ce qui concerne les usagers du système de santé s'ajoute une volonté de développer une gouvernance davantage paritaire en matière de santé.

.....

16 - Catherine Coutelle et Catherine Quéré, *op. cit.*, « Recommandation n° 3 : Développer le recueil et la publication régulière de données sexuées en matière de santé au travail en s'appuyant notamment sur le rapport de gestion de la CNAMTS et sur les rapports annuels des médecins du travail ».

17 - *Ibidem*.

18 - *Ibid.* : selon le Conseil de l'ordre des sages-femmes, il y a déjà près de 300 sages-femmes tabacologues.

19 - *Ibid.*

2. Une gouvernance plus paritaire

Le rapport d'information de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes met en exergue l'importance de la représentation des femmes « au sein des organismes publics dans le domaine de la santé, et des instances de direction en particulier » « pour favoriser l'égalité femmes-hommes mais aussi la prise en compte de certains enjeux de santé plus spécifiques aux femmes »²⁰. Si l'on constate une féminisation significative, ces dernières années, des postes de direction au sein de la fonction publique hospitalière, les femmes restent « sous-représentées dans les instances de direction des principaux établissements et agences sanitaires »²¹.

C'est pourquoi, l'article 169 de la loi santé autorise le Gouvernement à prendre, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la loi santé, « par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi nécessaires pour favoriser l'égal accès des femmes et des hommes au sein des conseils d'administration et des conseils de surveillance » de l'ONIAM, de l'EFS, de l'Agence de la biomédecine, des ARS, de l'ANSM et de l'Agence nationale de santé publique, créée par l'article 166 de la loi santé. Concernant la gouvernance des ordres des professions de santé, il est également prévu, par l'article 212 de la loi santé, que le Gouvernement puisse prendre, dans un délai de dix-huit mois, par ordonnances des mesures visant à renforcer l'échelon régional et à « modifier la composition des conseils, la répartition des sièges au sein des différents échelons et les modes d'élection et de désignation de manière à simplifier les règles en ces matières et à favoriser l'égal accès des femmes et des hommes aux fonctions de membres dans l'ensemble des conseils ».

La parité, qui a d'abord été reconnue comme permettant de favoriser l'égalité réelle entre les femmes et les hommes en rendant possible une représentation équilibrée des femmes aux fonctions politiques, se retrouve ainsi mise en œuvre en matière de gouvernance du système de santé. Ces mesures permettront peut-être de renforcer encore la prise en compte des femmes au niveau de l'élaboration de la politique de santé et contribueront sans aucun doute à renforcer l'égalité entre les sexes.

La LFSS pour 2016 et la loi santé s'inscrivent donc dans un réel mouvement en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes et de promotion des droits des femmes. Cette dynamique se confirme au travers de l'étude des mesures prises en matière de santé sexuelle et reproductive.

.....

20 - *Ibid.*

21 - *Ibid.* : Seules 6 femmes sont à la direction générale d'une ARS (soit 23%), il n'y a qu'une femme à la tête des principales agences sanitaires (sur les 9) et aucune femme parmi les 9 membres de directions de la HAS et les 3 principales caisses d'assurance maladie. La situation, notamment à la HAS, devrait pourtant évoluer dans la mesure où l'article 74 de la loi n° 2011-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les hommes et les femmes autorise le Gouvernement à prendre des mesures pour favoriser l'égal accès des femmes et des hommes au sein des autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes.

II. La santé sexuelle et reproductive et les droits des femmes

Les questions liées à la santé sexuelle et reproductive concernent bien entendu, et *a fortiori* lorsqu'il s'agit de relations hétérosexuelles, autant les hommes que les femmes²². Pour autant, la liberté reproductive apparaît, en partie à tort d'ailleurs, comme essentiellement celle des femmes : s'il est vrai qu'elles subissent davantage que les hommes les conséquences d'une grossesse, ces derniers pourraient être plus impliqués sur ces sujets, notamment en matière de contraception. Cela contribuerait alors à réduire l'exclusivité de la prise en charge par les femmes de ces questions. Autrement dit, la promotion de l'égalité entre les sexes et de la liberté reproductive impliqueraient un renforcement des droits des femmes sur leur corps autant qu'une responsabilisation des hommes sur ces questions. La loi santé agit sur ces deux plans mais dans des proportions différentes : le renforcement de l'accès à la contraception, notamment pour les mineures, et à l'IVG s'accompagne d'autres mesures en matière de santé sexuelle et reproductive qui ont le mérite de concerner autant les hommes que les femmes.

A. Un renforcement du droit à la contraception et à l'IVG

La LFSS pour 2016 et la loi santé renforcent l'accès et le choix en matière de contraception et d'IVG de manière significative, s'inscrivant dans un mouvement d'approfondissement des droits des usagers et de la liberté reproductive.

1. Le renforcement du droit à la contraception, notamment des mineures

En matière de contraception, l'article 64 de la LFSS pour 2016 prolonge les dispositions prises par les LFSS précédentes afin de permettre aux personnes mineures d'accéder de manière gratuite et anonyme à la contraception.

L'article 52 de la LFSS pour 2013 a d'abord instauré la gratuité de la délivrance des contraceptifs remboursables par l'assurance maladie (pilules contraceptives de 1^{ère} et 2^e générations, implants contraceptifs, dispositifs intra-utérins et diaphragmes) pour les personnes mineures de 15 à 17 ans et le droit au secret pour toutes les personnes mineures. Par la suite, afin de rendre effective la gratuité de l'accès à la contraception pour les mineures de 15 à 17 ans, l'article 55 de la LFSS pour 2014 a mis en place un tiers payant pour la part prise en charge par l'assurance maladie pour la consultation et les analyses biologiques nécessaires à la délivrance d'un produit contraceptif. Tirant les conséquences de ces deux textes, l'article 64 de la LFSS pour 2016 étend la protection du secret qui bénéficiait à « la délivrance et la prise en charge de

contraceptifs » à « la réalisation d'examen de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, la prescription de ces examens ou d'un contraceptif ».

Le dispositif, qui a fait l'objet d'une évaluation en 2015 par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), apparaît encore peu effectif²³. Ainsi, moins d'1 % des contraceptifs seraient délivrés aux mineures de manière gratuite et secrète. Une mauvaise information ou compréhension des enjeux par les pharmaciens serait la principale explication : en effet, de nombreuses mineures bénéficient déjà de la gratuité du fait de leur couverture complémentaire, tandis que la procédure afin de garantir le secret est complexe. C'est pourquoi, il est notamment proposé d'intégrer dans les logiciels de facturation des pharmaciens la procédure d'exonération et de secret lors de la délivrance d'un contraceptif à une personne mineure. En effet, les auteurs du rapport soulignent que « s'il est difficile d'évaluer de façon fiable le besoin de confidentialité, [il est] raisonnable de l'estimer à environ un cinquième des mineures, [et] lorsque le secret est requis il est crucial qu'il soit respecté »²⁴. De même, il est recommandé d'étendre ces dispositifs aux jeunes personnes majeures, qui entre 18 et 24 ans ne sont que rarement autonomes financièrement. La gratuité paraît être un bon moyen d'assurer le secret, même si la mission de l'IGAS envisage « deux scénarios et options techniques pour une meilleure prise en charge ». Concernant les options techniques, il s'agit soit du système de facturation SESAM-Vitale avec une extension du dispositif Top anonymat de la CNAMTS combiné à l'utilisation d'un code d'exonération, soit d'un paiement du professionnel par le biais de l'espace professionnel du médecin ou grâce à une procédure manuelle. La première possibilité est préférée en ce qu'elle serait plus acceptable pour les médecins et générerait moins de coût de gestion. Quant aux deux scénarii possibles afin d'assurer gratuité et confidentialité, il peut s'agir d'« une prise en charge totale par l'assurance maladie obligatoire étendue à la consultation et aux analyses biologiques » ou bien d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire couplée à l'assurance maladie complémentaire lorsque cela est possible afin de réduire les coûts²⁵. Enfin, deux expérimentations sont proposées : d'une part, une extension du rôle des infirmières scolaires et d'autre part, la possibilité pour les pharmaciens de « prescrire les pilules microprogestatives microdosées sans ordonnance dans le cas d'une primo-délivrance, afin de faciliter l'accès à cette contraception et d'éviter la discontinuité dans la prise de ce contraceptif »²⁶.

23 - Stéphanie Dupays, Catherine Hesse et Bruno Vincent, *L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures*, IGAS, rapport n°2014-167, avril 2015.

24 - Stéphanie Dupays, Catherine Hesse et Bruno Vincent, *op. cit.*, p. 5.

25 - Stéphanie Dupays, Catherine Hesse et Bruno Vincent, *op. cit.*, p. 6.

26 - Stéphanie Dupays, Catherine Hesse et Bruno Vincent, *op. cit.*, p. 7.

22 - Voir en ce sens not. Armelle Andro, Annabel Desgrées du Loû, « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés », *Autrepart*, 4/2009, n° 52, pp. 3-12.

Ces deux dernières propositions ont été reprises dans le rapport d'information de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes²⁷. Toutefois, la loi santé ne met pas en œuvre l'ensemble de ces propositions. Seul son article 10 accorde une plus grande marge de manœuvre aux infirmières scolaires dans la délivrance de la contraception d'urgence : en effet, sont supprimées de l'article L. 5134-1 du Code de la santé publique les conditions tenant à l'inaccessibilité immédiate d'un médecin, d'une sage-femme ou d'un centre de planification ou d'éducation familiale et à la détresse caractérisée ainsi que la mention du caractère exceptionnel de cette délivrance. De même, il est indiqué que l'accompagnement psychologique de l'élève et la mise en œuvre d'un suivi médical après la délivrance de la contraception d'urgence peut notamment se faire « en orientant l'élève vers un centre de planification ou d'éducation familiale ».

Ces mesures doivent être saluées en ce qu'elles rendent plus effectif l'accès à la contraception, y compris d'urgence, pour les personnes mineures. Elles pourraient toutefois être complétées par d'autres dispositions, suggérées par l'IGAS ou par la délégation à l'égalité, notamment en matière d'éducation sexuelle. En outre, il est intéressant de souligner que la contraception - et cela ressort nettement des moyens et produits contraceptifs remboursés par l'assurance maladie - ne s'adresse, dans la conception mise en avant par la loi, qu'aux jeunes femmes. Sur ce sujet d'ailleurs, il est souligné dans le rapport de l'IGAS qu'il serait opportun que la Haute Autorité de Santé (HAS) étudie « la pertinence et les moyens de faire entrer le patch et l'anneau vaginal dans le champ des contraceptifs remboursables »²⁸ ; le préservatif est quant à lui exclu du périmètre de l'étude « au regard de la facilité à s'en procurer à des coûts faibles ou nuls »²⁹ alors qu'il permettrait de responsabiliser davantage les jeunes hommes sur ces questions. On peut en un sens parler d'une restriction, notamment financière, dans le choix de la méthode contraceptive et d'une mise à l'écart des hommes en matière de contraception. Cela paraît d'autant plus paradoxal que l'article 11 de la loi santé tire les conséquences des droits des usagers du système de santé, et en particulier du droit à l'information préalable et à la codécision, en reconnaissant spécifiquement en matière contraceptive que « toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement » et il est, en conséquence, mis à la charge du professionnel de santé une obligation d'information spécifique (article L. 2212-1 du Code de la santé publique). De même, l'article 217 de la loi santé reconnaît l'importance d'une information financière

complète dans la prise de décision en matière de santé : aussi, il est prévu que le droit à l'information de toute personne porte également « sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais » (article L. 1111-3 du Code de la santé publique). La reconnaissance d'une part, de l'importance du choix en matière de contraception et d'autre part, du poids des enjeux financiers, pourrait plaider, comme y invite l'IGAS, à une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de toutes les méthodes contraceptives.

Enfin, l'article 166 de la loi santé autorise, « dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de neuf mois à compter de la promulgation de la présente loi », « le Gouvernement (...) à prendre par ordonnances les mesures d'amélioration et de simplification du système de santé relevant du domaine de la loi visant à (...) 2° assouplir, dans le respect de la sécurité sanitaire, simplifier et accélérer les procédures mises en œuvre par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé », notamment « f) en abrogeant les dispositions des articles L. 5134-2 et L. 5213-6 du même Code encadrant la publicité des contraceptifs autres que les médicaments ».

En résumé, la LFSS pour 2016 et la loi santé renforcent l'accessibilité de la contraception et proclament l'importance du choix en la matière ; accessibilité et choix sont également les lignes directrices des dispositions mises en place par la loi santé à propos de l'IVG.

2. L'IVG comme droit, accès facilité et choix consacré

Les dispositions adoptées par la loi santé concernant l'IVG s'adressent à l'ensemble des femmes, majeures et mineures. Elles traduisent une volonté de renforcer l'accès à l'IVG et s'inscrivent en cela dans le prolongement d'une reconnaissance de l'IVG comme d'un véritable droit des femmes. Dans un premier temps, l'article 50 de la LFSS pour 2013³⁰ avait instauré une revalorisation du forfait pour que les établissements qui pratiquent des IVG ne soient pas déficitaires de ce fait et en parallèle, une prise en charge à 100 % des IVG par l'assurance maladie obligatoire afin que les femmes ne supportent pas un reste à charge plus important. Dans un second temps, le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes a rendu deux rapports sur le sujet afin d'assurer aux femmes le plein exercice de leur droit à l'IVG³¹. La première recommandation visant à faire de l'IVG un droit à part entière concernait la sup-

27 - Catherine Coutelle et Catherine Quéré, *Rapport d'information de la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi relatif à la santé* (n° 2302), déposé le 18 février 2015.

28 - Stéphanie Dupays, Catherine Hesse et Bruno Vincent, *op. cit.*, p. 37.

29 - *Ibidem*.

30 - Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

31 - Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes, *Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet*, Rapport n°2013-0912-HCE-008, 13 septembre 2013 et Danielle Bousquet et Françoise Laurant, *Rapport relatif à l'IVG - Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires*, Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes, Rapport n°2013-1104-SAN-009, 7 novembre 2013.

pression de la mention de l'état de détresse et a été mise en œuvre par l'article 24 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Symbolique, cette mesure répond « à la volonté de dédramatiser, de déstigmatiser et de normaliser l'IVG, et ce dans les faits comme dans la loi »³² sans pour autant modifier l'état du droit positif. En effet, en 1980, le Conseil d'État avait reconnu qu'il appartenait à « la femme le soin d'apprécier seule si elle se trouve dans cette situation » de détresse³³.

La loi santé prolonge ces avancées, afin que le régime juridique de l'IVG témoigne du fait qu'il s'agit d'un droit des femmes, aussi bien en matière d'accessibilité et de réalisation que de choix de la méthode.

Concernant l'accessibilité à l'IVG, il est prévu que les centres de santé puissent également pratiquer les IVG instrumentales et que les sages-femmes puissent pratiquer les IVG médicamenteuses. Ainsi, l'article 77 de la loi santé modifie l'article L. 6323-1 du code de la santé publique afin de permettre aux centres de santé de réaliser des IVG « dans les conditions prévues [par le Code de la santé publique], selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé, dans le cadre d'une convention conclue ». Quant à l'extension du champ de compétences des sages-femmes aux IVG médicamenteuses, elle avait été envisagée dès 2009 mais avait été censurée par le Conseil constitutionnel qui avait jugé l'article 86 III de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST, contraire à la Constitution³⁴. L'article 127 de la loi santé permet enfin aux sages-femmes de réaliser une IVG, « pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse » (article L. 2212-2 du Code de la santé publique). En revanche, il est précisé que « l'interruption volontaire de grossesse pour motif médical ne peut être pratiquée que par un médecin » (article L. 2213-2 du Code de la santé publique). Les compétences des sages-femmes sont également accrues en matière de suivi de grossesse : l'examen postnatal peut ainsi être effectué par une sage-femme « à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée » (article L. 4151-1 du Code de la santé publique) alors qu'il fallait auparavant que « la grossesse a[it] été normale et [que] l'accouchement a[it] été eutocique ». De même, leurs compétences concernant la prescription et la réalisation des vaccins de la femme, du nouveau-né et des personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de ce dernier sont étendues (article L. 4151-2 du Code de la santé publique) et font échos à celles en matière de lutte contre le tabagisme. L'ensemble de ces dispositions contribue à valoriser la place et le rôle des sages-femmes en matière de santé sexuelle et reproductive autant qu'à faciliter l'accès des femmes à l'IVG.

Dans une logique proche visant à rendre à la fois plus accessible et moins dramatique la réalisation d'une IVG, l'article 82 de la loi santé supprime la nécessité d'attendre l'expiration d'un délai de réflexion d'une semaine pour renouveler par écrit sa demande d'IVG (article L. 2212-5 du Code de la santé publique). Dans leur saisine du Conseil constitutionnel, le groupe de plus de soixante sénateurs faisait valoir que cette disposition serait contraire au « principe selon lequel toute intervention chirurgicale doit être précédée d'un délai de réflexion », tout en reconnaissant que celui-ci n'est pas explicitement consacré par la loi. Les juges constitutionnels déclarent les dispositions de l'article 82 conformes à la Constitution en estimant que « le législateur n'a pas rompu l'équilibre que le respect de la Constitution impose entre, d'une part, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme de dégradation et, d'autre part, la liberté de la femme qui découle de l'article 2 de la Déclaration de 1789 » dans la mesure où la demande d'IVG et sa réalisation ne peuvent intervenir « au cours d'une seule et même consultation »³⁵. En outre, ils rappellent « qu'aucune exigence de valeur constitutionnelle n'impose de façon générale le respect d'un délai de réflexion préalablement à la réalisation d'un acte médical ou chirurgical »³⁶. Désormais, l'IVG peut intervenir après que la femme ait renouvelé sa demande à l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien initial. En cela, il s'agit d'une réduction du délai de réflexion plus que d'une réelle suppression de celui-ci.

Enfin, et pour faire écho aux dispositions adoptées en matière de contraception, il est également affirmé spécifiquement que l'obligation d'information à la charge du professionnel de santé a pour objectif la liberté de choisir de l'usagère, y compris lorsqu'il s'agit d'une IVG : dorénavant, l'article L. 2212-1 du Code de la santé publique dispose que « toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement » (article 127 de la loi santé).

Ainsi, la loi santé renforce la liberté reproductive des femmes en rendant plus accessible la contraception pour les mineures et pour toutes les femmes les IVG instrumentales qui peuvent être réalisées en centre de santé et les IVG médicamenteuses qui peuvent désormais être pratiquées par les sages-femmes, en supprimant le délai de réflexion de sept jours pour une IVG et en déclinant le droit à l'information afin de souligner l'importance du choix de l'usagère quant à la méthode abortive ou contraceptive. Une dernière mesure de la loi santé concerne l'IVG et la contraception et vise à mieux reconnaître la responsabilité de la collectivité et du système de santé lors de la réalisation d'actes à finalité contraceptive ou abortive. Ainsi, l'article 185 de la loi santé précise, par une lecture *a contrario* de

32 - Danielle Bousquet et Françoise Laurant, op. cit., p. 25.

33 - Conseil d'État, 31 octobre 1980, n°13028.

34 - Conseil constitutionnel, décision n° 2009-584-DC, 16 juillet 2009, Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, cons. 39.

35 - Conseil constitutionnel, Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, Loi de modernisation de notre système de santé, cons. 43.

36 - Conseil constitutionnel, Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, Loi de modernisation de notre système de santé, cons. 44.

ses dispositions, que le dispositif d'indemnisation des accidents médicaux au titre de la solidarité nationale s'applique aux actes à finalité contraceptive et abortive. De la sorte est modifié l'article L. 1142-3-1 du Code de la santé publique qui avait été créé par l'article 70 de la LFSS pour 2015 afin de faire obstacle à l'extension prétorienne de l'indemnisation par la solidarité nationale des accidents médicaux survenant lors d'opérations de chirurgie esthétique³⁷ : désormais, seuls les dommages imputables à des actes ayant une finalité contraceptive, abortive, préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi, peuvent être indemnisés au titre de la solidarité nationale. Cette modification intervient pour ne pas exclure les éventuels dommages liés à des actes contraceptifs ou abortifs sans pour autant que ne soit réellement identifié un type de contentieux correspondant ; d'un point de vue symbolique, cette disposition témoigne toutefois de la place à part entière acquise par la contraception et les IVG au sein du système de santé.

Ces dispositions de la LFSS pour 2016 et de la loi santé consolident nettement la contraception et l'IVG comme mettant en œuvre la liberté reproductive des femmes. D'autres mesures adoptées en matière de santé sexuelle et reproductive concernent autant les hommes que les femmes et tendent alors à également favoriser l'égalité des hommes et des femmes.

B. La promotion de la santé sexuelle et reproductive

D'abord, la notion même de santé sexuelle et reproductive est consacrée comme titre de la deuxième partie du Code de la santé publique. L'article 10 de la loi santé enrichit ainsi de la notion de santé sexuelle le titre qui ne mentionnait auparavant que la santé reproductive, les droits des femmes et la protection de la santé de l'enfant ; il s'agissait toutefois d'une nette avancée opérée par l'article 23 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes dans la mesure où jusqu'alors il était question de la « Santé de la famille, de la mère et de l'enfant ». En plus d'une approche basée sur les droits des femmes en matière de reproduction, il est intéressant de rendre compte du fait que la sexualité n'est pas nécessairement reproductive et que de fait, la santé sexuelle peut être abordée indépendamment des questions reproductives. En outre, il est reconnu que les mineurs doivent également être acteurs de leur santé sur ce sujet et il est précisé, par l'article 7 de la loi santé, qu'ils peuvent bénéficier du secret non seulement pour les traitements médicaux mais aussi pour l'action de prévention, le dépistage et le diagnostic (article L. 1111-5 du Code de la santé publique). Un article est même créé afin de déroger à la nécessité du consentement parental (article 371-1 du Code civil), y compris pour les infirmiers, lorsque l'action

de prévention, le dépistage ou le traitement s'imposent pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure et que celle-ci souhaite « garder le secret sur son état de santé » (article L. 1111-5-1 du Code de la santé publique).

L'accent mis sur la santé sexuelle et reproductive autant que la prise en compte de la dualité entre les deux notions se retrouve dans d'autres dispositions de la loi santé, que ce soit en matière de lutte contre les infections et maladies sexuellement transmissibles (IST/MST) ou de procréation médicalement assistée (PMA).

1. Renforcer l'efficacité du dépistage des IST/MST

En matière de lutte contre les IST/MST, il existe des enjeux importants en termes de prévention mais également de dépistage. Dans ce domaine, il existait auparavant une dualité de structures qui remplissaient des fonctions assez proches, les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). L'article 47 de la LFSS pour 2015 a remplacé, à partir du 1^{er} janvier 2016, les CDAG et les CIDDIST par une seule structure, le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), financée par l'assurance maladie. Afin d'améliorer l'efficacité du dépistage, notamment du VIH, l'article 39 de la loi santé permet d'utiliser des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) « hors les murs ». Cette disposition s'inscrit dans le prolongement des débats quant aux autotests VIH, disponibles depuis le 15 septembre 2015 en vente en pharmacie. Toutefois ces derniers ne sont pas remboursés et sont réalisés par la personne seule, sans soutien ni conseil en cas de découverte d'une sérologie positive. Ces éléments avaient notamment été mis en exergue dans l'avis rendu par le Comité consultatif national d'éthique qui préconisait « la présence d'un professionnel du soin ou d'un membre d'une association, formé et capable en cas de découverte d'une sérologie positive d'aider la personne et de la conseiller quant à sa prise en charge »³⁸. Les TROD sont utilisés depuis novembre 2010 et permettent, en complément des sérologies réalisées en laboratoire de ville ou d'hôpital ou en CeGIDD, de mener des campagnes de « dépistage rapide, accompagné, "hors les murs", dans des lieux ou à des moments ou périodes où des personnes à haut risque de contamination sont présentes : lieux de convivialité, espaces de loisirs, périodes de vacances, rassemblements festifs »³⁹. L'article 39 de la loi santé prévoit qu'un arrêté encadre l'utilisation de ces tests (article L. 6211-3 du Code de la santé publique), et autorise ces tests sur des personnes mineures, y compris en absence de consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale (article L. 6211-3-1 du Code de la santé publique). En outre, ces tests

.....

38 - CCNE, Les problèmes éthiques posés par la commercialisation d'autotests de dépistage de l'infection VIH, avis n°119, 21 février 2013, p. 11.

39 - Ibidem.

37 - Cass., 1^{er} Civ., 5 février 2014, n°12-29140.

peuvent être délivrés par les CeGIDD, les organismes de prévention sanitaire et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (article L. 3121-2-2 du Code de la santé publique). Le recours à ces tests peut être protégé par le secret, pour les majeurs et les mineurs qui le demandent. Ces mesures concernent la santé sexuelle des femmes autant que celle des hommes.

2. Faciliter la conciliation entre parcours de PMA et travail

De même, l'article 87 de la loi santé s'adresse aux hommes et aux femmes en matière de santé reproductive : il s'agit en particulier d'étendre le bénéfice des autorisations d'absence en cas de grossesse aux personnes salariées bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation. Cette mesure s'inscrit dans la continuité de l'article 11 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes qui avait permis au conjoint salarié de la femme enceinte ou « la personne salariée liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle (de bénéficiaire) également d'une autorisation d'absence pour se rendre à trois de ces examens médicaux obligatoires au maximum ». Cette mesure permet aux hommes de s'impliquer davantage dans les questions de santé et dans la grossesse. La loi santé étend ces mesures aux femmes salariées bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation et à leur conjoint, à leur partenaire ou à la personne vivant maritalement avec elle (article L. 1225-16 du Code du travail). Ces nouvelles dispositions sont intéressantes en ce qu'elles rendent compte de la difficulté des femmes bénéficiant d'une PMA de concilier les protocoles médicaux avec leur travail⁴⁰, tout en permettant un engagement précoce des hommes dans le processus de reproduction.

La loi santé et la LFSS pour 2016 contribuent nettement à, d'une part, renforcer la liberté reproductive des femmes et d'autre part, reconnaître l'importance pour tous de la santé sexuelle et reproductive. Les enjeux en termes d'égalité entre les sexes sont appréhendés à travers des mesures spécifiques à l'égard des femmes et une gouvernance du système de santé davantage paritaire tandis que la réforme en profondeur de la prise en charge des frais de santé, réalisée par la LFSS pour 2016, bénéficie indirectement aux femmes et à leur santé.

Marie Mesnil

40 - Voir not. Irène-Lucile Hertzog « Les coûts de l'assistance médicale à la procréation pour les femmes salariées », Cahiers du Genre, 1/2014, n° 56, pp. 87-104.