

PROPOSITION DE LOI

RENFORCER LE DROIT À L'AVORTEMENT

Réunie le **mercredi 13 janvier 2021** sous la présidence de Mme Catherine Deroche (LR, Maine-et-Loire), présidente, la commission des affaires sociales a examiné le **rapport de Mme Laurence Rossignol** (SER, Oise) sur la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement.

Pour la rapporteure, cette proposition de loi entend répondre à des situations qui sont certes limitées dans leur nombre mais demeurent parfaitement inacceptables tant sur le plan social que sur le plan médical. L'**allongement de deux semaines du délai légal d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)** doit permettre aux femmes, qui découvrent tardivement leur grossesse ou sont confrontées à des changements dans leur situation matérielle, sociale ou affective et rencontrent des difficultés d'accès à l'IVG pour des raisons tenant notamment aux **insuffisances de l'offre de soins**, d'exercer leur **droit d'interrompre leur grossesse** et de **bénéficier d'un suivi médical adapté**. L'allongement du délai légal ne constituant qu'une partie de la solution au problème de l'accès à l'IVG en France, la rapporteure plaide pour une **refonte globale du pilotage de l'activité d'IVG et, plus largement, de notre politique de santé sexuelle et reproductive**.

Estimant néanmoins que l'amélioration de l'accès à l'IVG passe par le renforcement de la prévention et de l'information sur la contraception et les dispositifs existants pour garantir une prise en charge précoce des femmes souhaitant interrompre leur grossesse, **la commission des affaires sociales n'a pas adopté la proposition de loi. Aussi la discussion en séance publique portera-t-elle sur le texte de la proposition de loi transmis par l'Assemblée nationale.**

1. L'ALLONGEMENT DU DÉLAI LÉGAL DE L'IVG : UNE NÉCESSITÉ POUR RÉPONDRE À UNE SITUATION INACCEPTABLE SUR LES PLANS SOCIAL ET MÉDICAL**A. L'IVG EN FRANCE : UN DROIT FONDAMENTAL MIS À MAL PAR DES DISPARITÉS SOCIOÉCONOMIQUES ET TERRITORIALES PERSISTANTES****1. Une légère augmentation du nombre d'IVG en 2019**

En 2019, 232 244 IVG ont été réalisées en France, contre 224 338 en 2018, soit une augmentation de 3,5 %. Comme le rappelle une étude¹ de septembre 2020 de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le taux de recours atteint 15,6 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans l'hexagone² en 2019, soit son niveau le plus élevé depuis 1990. Les jeunes femmes de 20 à 29 ans demeurent néanmoins les plus concernées, avec un taux de recours de 27,9 IVG pour 1 000 en France entière. La France n'est toutefois pas isolée dans cette évolution. Une tendance similaire s'observe également en Angleterre et au pays de Galles où le nombre d'IVG a constamment augmenté depuis 2016 pour atteindre un pic historique de 207 384 en 2019³, alors qu'il oscillait entre 180 000 et 190 000 de 2009 à 2016.

¹ Drees, *Les interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019*, collection « Études et résultats », n° 1163, septembre 2020.

² Ce taux s'établit à 28,2 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

³ Department of Health and Social Care, *Abortion Statistics, England and Wales : 2019*, 11 juin 2020.

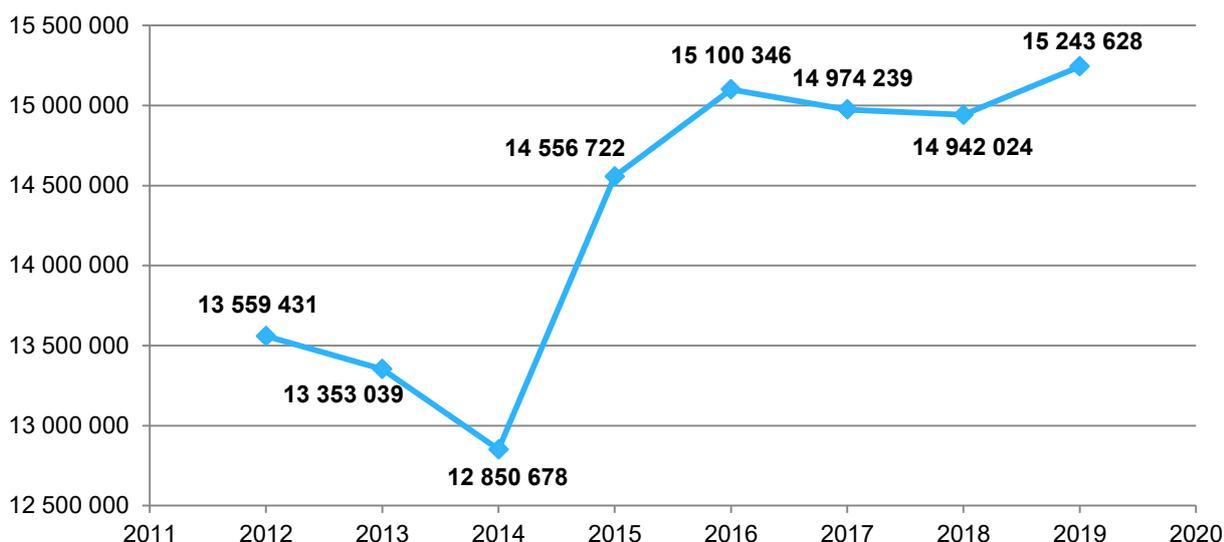
Restent à éclaircir les déterminants de cette augmentation du nombre d'IVG – qui, de l'avis de plusieurs personnes auditionnées par la rapporteure, reste peu significative (un peu moins de 12 000 IVG supplémentaires) et mériterait d'être confirmée dans les années à venir à la lumière de l'évolution sur le temps long du taux de recours. Une meilleure acceptabilité de l'IVG, combinée à une augmentation du nombre de professionnels de santé pratiquant des IVG en ville, pourrait expliquer, en partie, l'augmentation progressive du nombre d'IVG constatée depuis 2016.

Une **défiance croissante des femmes, en particulier des jeunes femmes, à l'égard des contraceptifs hormonaux** est avancée par un certain nombre de représentants des gynécologues et des professionnels des établissements pratiquant des IVG comme l'un des facteurs possibles d'un recours croissant à l'IVG. Si l'accès à la contraception s'est amélioré chez les mineures – dont le taux de recours à l'IVG est en nette baisse par rapport à 2010 –, la **promotion des méthodes de contraception « naturelle »**¹, associée à une part de **désinformation sur les contraceptifs hormonaux** dans les médias et les réseaux sociaux, a pu contribuer à la désaffection d'une part de femmes pour la contraception hormonale. Or, comme le rappelle l'étude précitée de la Drees de 2020, « *l'augmentation des taux de recours chez les femmes trentenaires est notable depuis 2010 (ainsi que chez celles âgées de 25 à 29 ans)* ».

Selon une étude² de Santé publique France publiée en 2017 sur l'évolution des méthodes de contraception à la suite du déremboursement en mars 2013 des pilules de 3^e et 4^e générations, **la proportion de femmes n'utilisant aucune méthode de contraception est restée inchangée entre 2013 et 2016**. Chez les femmes de 20 à 24 ans ou de 25 à 29 ans, la proportion de femmes « concernées par la contraception » et n'utilisant aucune méthode de contraception a même diminué entre 2010 et 2016 : chez les 20-24 ans, cette proportion est de 4,3 % en 2016, contre 11,4 % en 2010, et chez les 25-29 ans, elle est de 5,5 % en 2016, contre 15,7 % en 2010. Si la pilule reste le contraceptif le plus utilisé, **son utilisation a baissé sur la période 2013-2016** au profit du **dispositif intra-utérin (DIU)** et du **préservatif** chez les jeunes femmes : chez les 20-24 ans, le recours au DIU a ainsi augmenté de 3,6 points et le recours au préservatif de 10 points ; chez les 25-29 ans, l'utilisation du DIU a progressé de 9,8 points et celle du préservatif de 8,6 points.

Par ailleurs, les données communiquées par la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) révèlent que le nombre de boîtes de contraceptifs hormonaux remboursées, s'il a diminué en 2014, est reparti à la hausse en 2015 et, après avoir connu quelques fluctuations, atteint désormais un niveau sensiblement supérieur à celui recensé avant 2013.

Nombre de boîtes de contraceptifs hormonaux remboursées de 2012 à 2019
Tous régimes



Source : CNAM

¹ Telles que la méthode « Ogino » consistant à s'abstenir d'avoir des rapports sexuels non protégés pendant la période dite « fertile » entourant l'ovulation.

² Delphine Rahib, Mireille Le Guen et Nathalie Lydié, Baromètre santé 2016 – Contraception, « Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent », *Études et enquêtes*, Santé publique France, 2017.

2. Des inégalités socioéconomiques et territoriales qui minent l'accès à l'IVG

La **précarité financière** reste l'un des principaux facteurs de recours à l'IVG, comme en témoignent les taux de recours à l'IVG plus importants dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), la Guadeloupe et la Guyane présentant les taux de recours les plus élevés, dépassant 39 femmes pour 1 000 femmes. L'étude précitée de la Drees de 2020 met en avant « **une corrélation nette entre niveau de vie et IVG ; les femmes les plus précaires y recourent sensiblement plus que les plus aisées** ».

Dans sa contribution adressée à la rapporteure, le conseil national de l'ordre des sages-femmes alerte, en outre, sur le fait que « *certaines échographistes réalisent une échographie plus complexe qui ne sera pas remboursée entièrement* », alors que l'échographie préalable à l'IVG, nécessaire à la datation du début de la grossesse, est censée être remboursée à hauteur de 100 %¹ comme l'ensemble des frais médicaux liés à l'IVG.

Les inégalités territoriales dans l'accès à l'IVG s'accroissent : au cours des quinze dernières années, le nombre d'établissements réalisant une activité d'IVG a diminué de 22 %.

Le ministère des solidarités et de la santé a estimé, à partir des résultats d'une enquête qualitative et territoriale commandée aux ARS pour la période de mai à juillet 2019, que « *s'il n'y a pas de "zones blanches" en termes d'accès à l'IVG, il existe des territoires en tension dans la majorité des régions, soit du fait de la démographie des professionnels, soit durant les périodes estivales* »². En dix ans, le nombre de centres pratiquant l'IVG a diminué de 7,7 %³. Des données de la Drees montrent même que le nombre d'établissements réalisant une activité d'IVG a diminué de 22 % au cours des quinze dernières années : la prise en charge des IVG a été assurée par 653 établissements de santé en 2005 ; elle n'est désormais plus assurée que par 511 établissements en 2018.

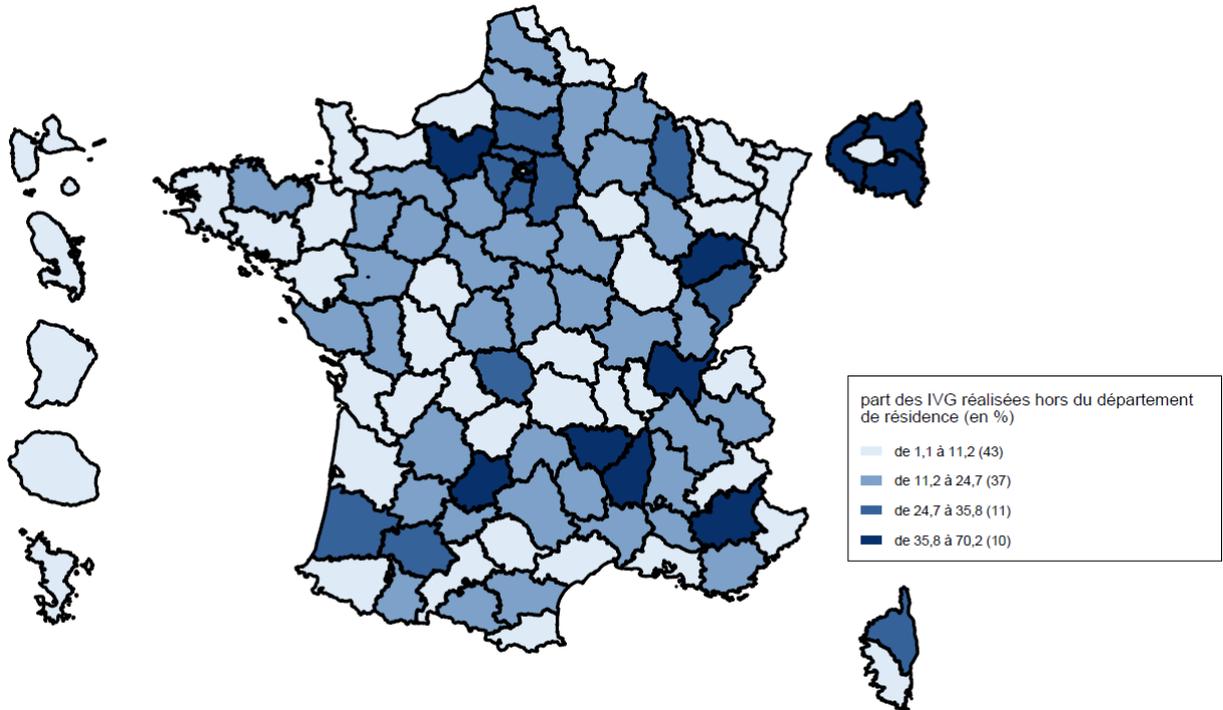
Selon le ministère des solidarités et de la santé, la réduction du nombre d'établissements pratiquant l'IVG au cours des dernières années s'explique par plusieurs facteurs : la **diminution du nombre d'établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie** sur la période – le nombre de maternités est ainsi passée, sur la période 2005-2018, selon les données de la statistique annuelle des établissements de santé, de 593 à 491, soit une diminution de 17 % –, mais également les **contraintes démographiques pesant sur les équipes médicales concernées qui aboutissent à une relative concentration de l'activité d'IVG hospitalière** : en 2018, 5,7 % des établissements ayant réalisé au moins une IVG dans l'année ont assuré 22,5 % du total des séjours IVG de l'année.

¹ Une échographie pré-IVG est normalement facturée à 35,65 euros.

² Communiqué de presse du ministère des solidarités et de la santé du 27 septembre 2019.

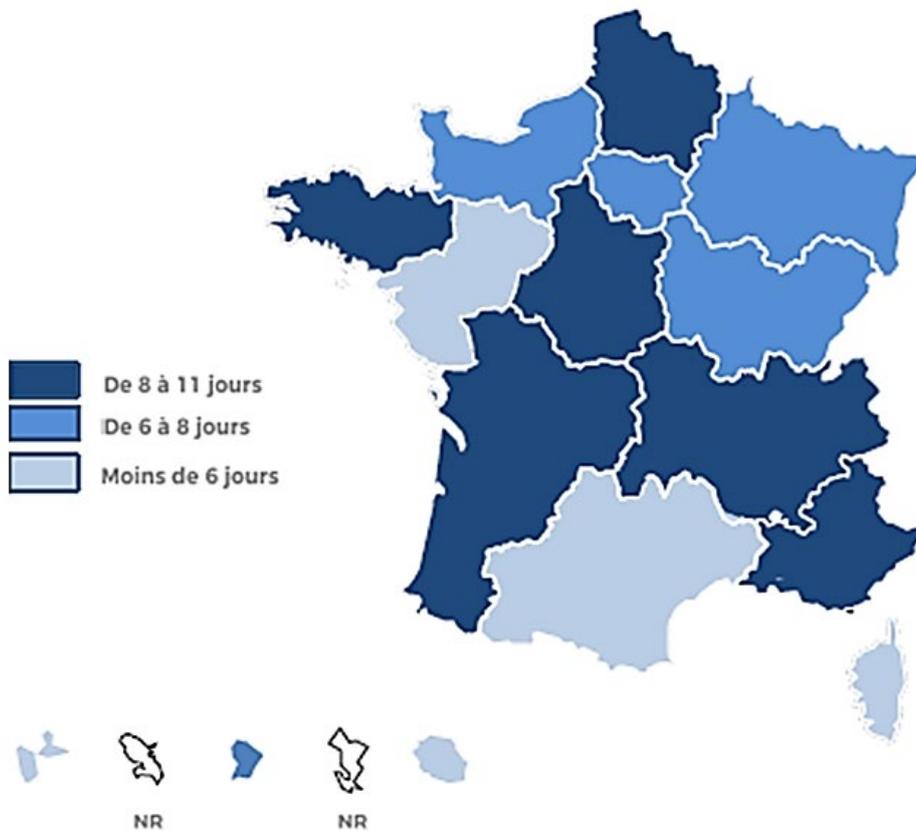
³ François Béguin, Mathilde Costil et Sylvie Guittus, « Près de 8 % des centres pratiquant l'IVG en France ont fermé en dix ans », *Le Monde*, publié le 27 septembre 2019.

Part des IVG réalisées hors du département de résidence des patientes en 2019



Source : Direction générale de la santé du ministère des solidarités et de la santé

Tranches de délais régionaux d'IVG en 2019 entre la demande d'IVG et la réalisation de l'acte



Source : Direction générale de la santé du ministère des solidarités et de la santé

3. Des inégalités potentiellement aggravées pendant la crise sanitaire

Enfin, la **crise sanitaire** liée à l'épidémie de covid-19 a pu aggraver les obstacles dans l'exercice du droit à l'IVG, en particulier pour des personnes vulnérables exposées à des violences conjugales ou familiales ou défavorisées sur le plan socioéconomique. Dans une tribune en date du 31 mars 2020, plus d'une centaine de professionnels de santé pratiquant l'IVG ont appelé à des **mesures d'urgence afin d'assurer la continuité du droit à l'IVG**, en rappelant en particulier que *« le confinement aggrave les situations de violences et rend encore plus difficiles les possibilités de consultation pour les femmes qui vivent dans un environnement dangereux. Il s'ensuit des retards de diagnostic et des demandes hors délais. Ces situations donnent en général lieu à une prise en charge à l'étranger (Pays-Bas principalement) à condition que les patientes en aient les moyens, mais cette solution n'est même plus envisageable du fait de la fermeture des frontières. »*¹

Selon les informations communiquées à la rapporteure par le ministère des solidarités et de la santé, les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur les sept premiers mois de l'année 2020 confirment la **diminution de l'activité hospitalière d'IVG** en comparaison avec la même période de l'année 2019 : au cours de la période, le nombre d'IVG complètes non compliquées en hospitalisation a diminué de 9,8 %, et le nombre d'IVG ou d'interruptions médicales de grossesse (IMG) complètes compliquées a chuté de 33,8 %. L'évolution mois par mois fait apparaître que l'activité d'IVG complètes non compliquées est stable les quatre premiers mois de 2020, puis a chuté nettement en mai pour remonter progressivement en juin et juillet. *A contrario*, les IVG et IMG complètes compliquées ont diminué dès le mois de janvier et décru plus nettement d'abord en avril puis de mai à juillet.

En parallèle, **l'activité d'IVG en ville a été plus dynamique sur la période de janvier à juillet 2020**, si bien que le nombre total d'IVG hospitalières et en ville réalisées sur les quatre premiers mois de l'année 2020 reste proche du nombre d'IVG réalisées en 2019. En revanche, une diminution forte du nombre d'IVG (- 28 %) est observée en mai 2020 par rapport à 2019 et s'est poursuivie en juin (- 16 %) et juillet (- 10 %). Si les causes de cette diminution ne sont pas encore connues, **l'impact de la crise sanitaire et du confinement sur les comportements sexuels et reproductifs devra être étudié.**

Certaines mesures ont été prises pendant la crise sanitaire afin de **garantir la continuité de l'accès des femmes à l'IVG**, dont en particulier **l'extension de cinq à sept semaines de grossesse du délai de l'IVG médicamenteuse en ville** et la **possibilité de réaliser les consultations d'IVG en ville à distance**, sous forme de **téléconsultations**. La question de leur pérennisation à l'issue de la crise sanitaire se pose d'ores et déjà. Au regard du bilan positif de l'extension du délai de l'IVG médicamenteuse en ville, le ministère des solidarités et de la santé a saisi le 23 décembre 2020 la Haute Autorité de santé pour l'actualisation des protocoles de prise en charge des IVG médicamenteuses intégrant la place de la téléconsultation, ainsi que l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour encadrer et sécuriser la prescription et les conditions de délivrance des médicaments abortifs.

Il apparaît, en outre, que la rédaction en vigueur de l'article L. 2212-2 du code de la santé publique, qui prévoit que l'IVG *« ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé, public ou privé »* pose un obstacle à la réalisation à distance, par voie de téléconsultations, des consultations prévues lorsque le processus d'IVG médicamenteuse est pris en charge à l'hôpital, imposant ainsi la prescription et la prise du médicament abortif dans les locaux de l'établissement. Dès lors, **la rapporteure préconise une modification de l'article L. 2212-2 du code de la santé publique précité afin de rendre possibles les téléconsultations pour les IVG réalisées à l'hôpital**, par analogie avec ce qui a été mis en œuvre pendant la crise sanitaire pour les IVG en ville.

¹ Tribune d'un collectif de gynécologues publiée dans *Le Monde* dans son édition du 31 mars 2020.

B. LA NÉCESSITÉ DE TENIR COMPTE DE SITUATIONS D'IVG TARDIVES AUXQUELLES LE SYSTÈME DE SOINS N'OFFRE AUJOURD'HUI AUCUNE RÉPONSE SATISFAISANTE

1. Les délais légaux d'accès à l'IVG dans les principaux pays industrialisés

Si une partie des pays européens a fixé le délai légal d'accès à l'IVG à 12 semaines de grossesse, **plusieurs pays ont institué une limite temporelle plus longue** : 14 semaines de grossesse pour l'Espagne et l'Autriche, 16 semaines de grossesse (18 semaines d'aménorrhée) pour la Suède¹, 20 semaines pour l'Islande et 22 semaines de grossesse pour les Pays-Bas² et le Royaume-Uni³. **Le Canada n'a pas institué de délai légal, le recours à l'IVG y étant encadré par les ordres professionnels** : une IVG médicamenteuse y est ainsi possible jusqu'à neuf semaines de grossesse et, pour les IVG pratiquées au-delà de 24 semaines, les patientes sont généralement redirigées aux États-Unis pour la réalisation de l'intervention⁴. Un bilan⁵ de 2018 évalue à 11 % la proportion d'IVG pratiquées après 12 semaines de grossesse. Un panorama des délais légaux d'accès à l'IVG dans plusieurs pays industrialisés figure dans le rapport de Mme Laurence Rossignol consultable à l'adresse : <http://www.senat.fr/rap/l20-263/l20-263.html>.

Panorama des délais légaux d'accès à l'IVG dans plusieurs pays industrialisés exprimés en semaines de grossesse dans leur acception française



Source : Division de la législation comparée de la direction de l'initiative parlementaire et des délégations du Sénat

¹ La grossesse est calculée en Suède à compter du premier jour des dernières règles, soit le même calcul qu'en France pour les semaines d'aménorrhée. Par conséquent, le délai de 18 semaines de grossesse correspond, en Suède, à l'équivalent de 18 semaines d'aménorrhée en France. Le délai peut être allongé à 22 semaines sous conditions, voire au-delà en fonction de la situation. Une disposition prévoit néanmoins que l'IVG ne peut être autorisée au-delà d'un stade pour lequel il y a lieu de considérer que le fœtus est viable, en dehors d'une interruption pour motif médical.

² Des IVG pour raisons médicales peuvent être réalisées jusqu'à 24 semaines de grossesse.

³ En théorie, l'IVG doit être justifiée par un risque pour la santé physique ou mentale de la femme, mais la plupart des médecins considèrent que la poursuite d'une grossesse non souhaitée représente un danger suffisamment sérieux pour la santé de la femme pour justifier l'IVG.

⁴ Fédération du Québec pour le planning des naissances (<http://www.fqpn.qc.ca/public/informez-vous/grossesse-non-planifiee/avortement/>).

⁵ La coalition pour le droit à l'avortement au Canada, *Statistiques – Avortement au Canada*, mis à jour le 27 mars 2020.

En outre, la durée du délai légal d'accès à l'IVG ne semble pas avoir d'impact sur la proportion des IVG par rapport au nombre de naissances. Comme le rappelle le comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) dans son avis¹ du 8 décembre 2020 sur l'allongement du délai légal d'IVG, le nombre d'IVG rapporté annuellement au nombre total de naissances vivantes s'est établi en France à 0,31 en 2019, soit un ratio similaire à celui enregistré au Royaume-Uni et en Suède (0,32) qui ont pourtant des délais légaux d'accès à l'IVG significativement plus longs que le délai français. Le ratio français est même sensiblement supérieur au ratio espagnol (0,22) et au ratio néerlandais (0,18), alors que ces deux pays ont fixé un délai légal d'accès à l'IVG respectivement à la fin de la 14^e et de la 22^e semaine de grossesse.

2. Un système de soins qui n'offre pas de réponse adaptée aux femmes ayant dépassé le délai légal des douze semaines de grossesse

Le **développement des IVG médicamenteuses**, notamment en ville², a significativement bouleversé les équilibres entre les méthodes abortives. **Les IVG instrumentales ne représentent désormais plus que 30 % du total des IVG réalisées.** En outre, un peu plus de 25 % des IVG pratiquées dans l'hexagone l'ont été en dehors d'une structure hospitalière, cette part atteignant près de 42 % dans les DROM.

La rapporteure rappelle néanmoins que **le développement de l'offre d'orthogénie médicamenteuse en ville et à l'hôpital ne doit pas s'envisager comme une solution de substitution aux insuffisances de l'offre en IVG instrumentale, au risque de compromettre la liberté de la femme dans le choix de la méthode abortive**³ par la systématisation de la prescription d'une IVG médicamenteuse avant sept semaines de grossesse. Les femmes doivent pouvoir choisir elles-mêmes la méthode d'IVG qu'elles souhaitent et les deux options doivent leur être proposées.

L'enquête réalisée à la demande de la ministre des solidarités et de la santé par les ARS en 2019 sur les obstacles à l'accès à l'IVG fait état de « *difficultés d'accès voire [de] refus ponctuels de prise en charge des IVG tardives* », c'est-à-dire au-delà de 10 semaines de grossesse. Selon l'étude précitée de la Drees de 2020, les IVG tardives, réalisées entre les 10^e et 12^e semaines de grossesse, représenteraient 5 % des IVG pratiquées en 2017. Dans sa contribution transmise à la rapporteure, le conseil national de l'ordre des sages-femmes rappelle qu'en 2018, **13 % des établissements publics n'ont pas réalisé d'IVG tardive** et que cette proportion fait plus que doubler dans le secteur hospitalier privé qui affiche un taux de 30 % d'établissements n'ayant pas réalisé d'IVG tardive. L'IVG n'est donc pas partout un droit réel tel que la loi le garantit pourtant.

Selon des données communiquées par le CNOSF, le Planning familial comptabiliserait en 2018 pas moins de 45 hôpitaux où les IVG instrumentales ne sont plus réalisées après 12 semaines d'aménorrhée⁴.

Les IVG de patientes résidant en France et réalisées à l'étranger au-delà du délai légal de la fin de la 12^e semaine de grossesse sont désormais une réalité de mieux en mieux objectivée.

Le CCNE situe le nombre de femmes se rendant au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Espagne pour recourir à un avortement dans une fourchette de 1 500 à 2 000 en 2018⁵.

¹ Opinion du CCNE du 8 décembre 2020 sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse, réponse à la saisine du ministre des solidarités et de la santé du 2 octobre 2020.

² Les médecins libéraux sont autorisés à pratiquer une IVG médicamenteuse depuis 2004 et les sages-femmes depuis 2016.

³ Liberté de choix inscrite au deuxième alinéa de l'article L. 2212-1 du code de la santé publique.

⁴ Données rappelées dans la contribution du CNOSF adressée à la rapporteure.

⁵ Opinion du CCNE du 8 décembre 2020 sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse, réponse à la saisine du ministre des solidarités et de la santé du 2 octobre 2020.

Une étude de septembre 2020 montre qu'au sein d'un échantillon de 204 femmes¹ s'étant rendues dans ces trois pays pour effectuer une IVG entre juillet 2017 et mars 2019, « **70 % d'entre elles ont fait le diagnostic de grossesse après 14 semaines d'aménorrhée pour diverses raisons incluant notamment l'irrégularité des cycles menstruels, l'absence de signes cliniques de grossesse et parfois la persistance des menstruations** »². Par ailleurs, un rapport de l'inspection générale des affaires sociales de 2009³ relevait le **niveau préoccupant des échecs contraceptifs**, en rappelant que « **72 % des IVG sont réalisées par des femmes qui étaient sous contraception** » et que « **dans 42 % des cas, cette contraception reposait sur une méthode médicale, théoriquement très efficace (pilule ou stérilet)** »⁴.

Au-delà des situations de découverte tardive de la grossesse, d'autres facteurs peuvent expliquer l'impossibilité pour certaines femmes d'exercer leur droit à l'IVG dans le respect du délai légal :

- **des changements notables peuvent intervenir dans la situation matérielle, sociale ou affective**⁵ de la patiente à la fin ou au-delà du délai de 12 semaines de grossesse ;

- certaines femmes peuvent se voir proposer un **rendez-vous bien trop tardif** par rapport au terme de la grossesse, soit en raison d'un **manque d'offre d'orthogénie**, soit en raison d'une **mauvaise prise en compte de l'urgence** de la situation par les services d'orthogénie.

Outre le **coût d'une IVG effectuée à l'étranger** qui demeure à la charge de la femme enceinte – le CCNE évalue le montant des procédures d'IVG réalisées à l'étranger entre 800 et 950 euros, mais la consultation de sites de centres d'IVG espagnols fait apparaître des coûts variant de 300 euros à 2 200 euros selon la méthode et l'état d'avancement de la grossesse –, cette situation emporte des conséquences sanitaires potentiellement lourdes dès lors que l'intéressée ne bénéficie pas toujours d'un **suivi médical à son retour en France** pour prévenir d'éventuelles complications.

Par ailleurs, les données disponibles sur le nombre de femmes résidant en France et contraintes de recourir à une IVG à l'étranger ne tiennent pas compte d'une situation par nature délicate à objectiver : le **nombre de grossesses non désirées mais poursuivies en raison de l'impossibilité pour la femme d'exercer son droit à l'IVG**.

Enfin, le recours à une interruption médicale de grossesse (IMG) pour motif de détresse psychosociale ne constitue pas toujours une réponse adaptée à la situation dans laquelle se retrouvent des femmes n'ayant pu recourir à une IVG dans le respect du délai légal. Au-delà du caractère plus long et contraignant de la procédure d'IMG qui peut aggraver la souffrance psychique de la patiente, **la décision de réaliser l'IMG échappe en grande partie à la femme** : sa réalisation reste en effet subordonnée à l'appréciation de deux médecins, membres d'une équipe pluridisciplinaire⁶, qui doivent attester de la mise en péril de la santé de la femme ou de l'existence d'une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection particulièrement grave et incurable au moment du diagnostic.

L'**article 1^{er}** de la proposition de loi, qui prévoit un allongement du délai légal de recours à l'IVG de deux semaines, le rendant possible jusqu'à la fin de la 14^e semaine de grossesse, soit 16 semaines d'aménorrhée, répond à une nécessité sanitaire et sociale.

L'allongement du délai légal d'accès à l'IVG est désormais conforté par l'avis du CCNE du 8 décembre 2020.

¹ Dont 47 Françaises.

² Données de l'étude de Zordo S., Zanini G., Mishtal J., Garnsey C., Ziegler A.-K., Gerdtts C. (2020), « Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study », *BJOG*, 25 septembre 2020, (<https://doi.org/10.1111/1471-0528.16534>), reprises dans l'avis du CCNE du 8 décembre 2020.

³ Claire Aubin, Danièle Jourdain Menninger et Laurent Chambaud, *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*, rapport de synthèse de l'inspection générale des affaires sociales, n° RM2009-112P, octobre 2009.

⁴ Équipe COCON, « Contraception: from accessibility to efficiency », *Human Reproduction*, Vol. 18, 2003, n° 5.

⁵ Perte d'emploi ou de logement, séparation, exclusion familiale, etc.

⁶ Prévues à l'article L. 2213-1 du code de la santé publique.

Le CCNE estime en effet, dans son avis précité du 8 décembre 2020, que les conditions ne sont aujourd'hui pas pleinement réunies pour permettre à toutes les femmes d'exercer leur droit à l'IVG dans des conditions optimales, identifiant parmi ces conditions notamment « *une information exhaustive et accessible à tous* », « *un accès équitable à l'IVG* » et « *une prise en charge dans des délais considérant la situation d'une femme choisissant d'avoir recours à l'IVG comme une situation d'urgence* ».

Or le **délaï national moyen de 7,4 jours** constaté entre la formulation de la première demande d'IVG et la réalisation effective de l'acte ne permet pas, selon le CCNE, « *une prise en charge suffisamment rapide et les déficits d'information, d'éducation et d'égalité territoriale participant à rallonger le temps potentiel d'errance de la femme en amont même de sa première demande de rendez-vous* ».

Soulignant qu'« *il n'existe que peu, voire pas de différence entre 12 et 14 semaines de grossesse* » et « *en axant sa réflexion sur les principes d'autonomie, de bienfaisance, d'équité et de non malfaisance à l'égard des femmes* », le CCNE a ainsi considéré qu'« *il n'y a pas d'objection éthique à allonger le délaï d'accès à l'IVG de deux semaines passant ainsi de 12 à 14 semaines de grossesse* ». Le CCNE insiste néanmoins sur le fait que l'allongement du délaï légal, s'il est mis en œuvre, ne doit pas être envisagé comme un palliatif des déficiences de notre politique publique de santé reproductive mais doit s'accompagner de mesures propres à garantir une prise en charge la plus précoce possible des femmes désirant interrompre leur grossesse.

2. UNE PROBLÉMATIQUE QUI APPELLE UNE RÉFORME PLUS LARGE DE NOTRE POLITIQUE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

A. L'INDISPENSABLE REVALORISATION DE L'ACTE D'IVG

Dans leur rapport d'information¹ de septembre 2020 sur l'accès à l'IVG, les députées Marie-Noëlle Battistel et Cécile Muschotti font le constat d'une **activité de l'IVG largement déconsidérée au sein de la communauté médicale et de plus en plus délaissée par notre système de soins hospitaliers**. Partageant cette analyse, des représentants des gynécologues-obstétriciens et des centres d'IVG et de planning familial ont alerté la rapporteure sur la situation préoccupante des services d'orthogénie qui servent trop souvent de **variable d'ajustement** des établissements hospitaliers dans la gestion de leurs moyens humains, techniques et financiers.

1. Une clause de conscience spécifique à l'IVG qui continue d'entretenir une stigmatisation de l'IVG

Comme le reconnaît le CCNE dans son avis précité du 8 décembre 2020, la clause de conscience spécifique à l'IVG constituait l'un des **deux éléments de compromis** ayant contribué à l'adoption de la **loi « Veil »**² en 1975 face à un Parlement fortement divisé sur la question de la dépénalisation de l'IVG, avec la condition de situation de détresse de la femme enceinte, condition supprimée en 2014³. Le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et le syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (Syngof) ont chacun rappelé leur attachement au maintien de cette clause de conscience spécifique. Dans son avis précité du 8 décembre 2020, le CCNE s'est rangé à cette position, estimant que « *la clause de conscience spécifique souligne la singularité de l'acte médical que représente l'IVG* ».

En revanche, le conseil national de l'ordre des sages-femmes considère que la suppression de la clause de conscience spécifique « *pourrait avoir un fort impact sociétal en affirmant que l'IVG est à la fois un acte médical comme un autre sans clause de conscience spécifique et un droit à part entière* » et que cette mesure « *pourrait participer à une meilleure acceptation sociale de l'IVG* »⁴. Dans ses réponses adressées au questionnaire de la rapporteure, l'association nationale des centres d'IVG et de contraception (Ancic) s'est également prononcée en faveur de la suppression de la conscience spécifique.

¹ Rapport d'information n° 3343 de Mmes Marie-Noëlle Battistel et Cécile Muschotti, fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale, sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, enregistré le 16 septembre 2020.

² Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.

³ Par l'article 24 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

⁴ Contribution adressée à la rapporteure.

45 ans après l'adoption de la loi « Veil », la question de la pertinence de cette clause de conscience spécifique doit être examinée à la lumière d'un contexte où, bien qu'il s'agisse d'un droit fondamental, l'IVG continue d'être considérée comme un acte « tabou » par une part non négligeable de professionnels de santé et reste **peu valorisée dans la pratique de gynécologie-obstétrique**. Or la consécration du droit à l'IVG comme une des composantes acquises du droit des femmes à disposer de leur corps et à maîtriser leur parcours sexuel et reproductif implique de ne plus le présenter symboliquement comme un drame culpabilisant pour la femme et inacceptable pour des soignants. Il convient de ne plus l'isoler dans un cadre médical distinct des autres actes de la médecine sexuelle et reproductive, comme la prescription de la contraception.

Comme l'a rappelé la commission spéciale du Sénat lors de l'examen, début 2020, du projet de loi « Bioéthique », une **clause de conscience générale**, permettant de ne pas accomplir un acte contraire à ses convictions, bénéficie en effet déjà aux professionnels de santé intervenant dans la réalisation des procédures d'IVG ou d'IMG. Cette clause de conscience générale est inscrite dans les codes de déontologie respectifs des médecins, des sages-femmes et des infirmiers, dont l'**opposabilité juridique** est garantie par leur intégration dans la partie réglementaire du code de la santé publique.

Dès lors, la commission spéciale du Sénat s'est opposée en février 2020 à l'introduction dans le code de la santé publique d'une clause de conscience spécifique à l'IMG à l'occasion de l'examen en première lecture du projet de loi « Bioéthique ».

Elle a ainsi opté pour une formulation équilibrée qui maintient dans la loi le principe selon lequel tout refus de pratiquer une IMG s'accompagne d'une obligation de référer la patiente à un praticien susceptible de réaliser l'intervention. En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a adopté conforme la rédaction votée par le Sénat.

En cohérence, l'**article 2** de la proposition de loi aligne la rédaction de l'article L. 2212-8 du code de la santé publique sur celle envisagée par le projet de loi « Bioéthique » pour les conséquences qu'emportent les refus opposés par les professionnels de santé à des demandes d'IMG sur le fondement de leur clause de conscience générale : **la référence explicite à une clause de conscience spécifique à l'IVG est ainsi supprimée et est préservée l'obligation pour tout professionnel de santé refusant de pratiquer une IVG d'informer sans délai l'intéressée de son refus et de lui communiquer le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention.**

2. Accompagner l'extension de la compétence des sages-femmes en matière d'IVG

Depuis la loi « Santé »¹ du 26 janvier 2016, les sages-femmes se sont vu reconnaître la compétence pour prescrire et pratiquer des IVG médicamenteuses. Les IVG médicamenteuses représentent désormais 70 % des IVG réalisées en 2019, contre 30 % en 2001².

Selon des données transmises par le CNOSF, 3,5 % des sages-femmes libérales sont conventionnées avec un établissement pour pratiquer des IVG médicamenteuses, soit un peu plus de 200 sages-femmes en 2018. Celles-ci ont réalisé 5 100 IVG en 2018, soit près de 10 % des IVG pratiquées hors établissement de santé. Le CNOSF indique **que près de 400 sages-femmes devraient être conventionnées en 2020**. Le succès de cette extension de la compétence des sages-femmes en matière d'IVG tient au **renforcement du suivi gynécologique dans la formation initiale des sages-femmes** et à leur pratique quotidienne, ainsi qu'au développement d'une formation complémentaire de qualité et d'une bonne coopération avec les établissements et centres pratiquant des IVG.

Dans le souci de renforcer l'offre territoriale de soins et donc l'accès à l'IVG, l'**article 1^{er} bis** de la proposition de loi vise à **autoriser les sages-femmes à pratiquer des IVG chirurgicales** jusqu'à la fin de la dixième semaine de grossesse. L'objectif de cette extension a finalement été repris par l'**article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021**³ qui prévoit l'**expérimentation pour une durée de trois ans** de l'extension aux sages-femmes de la possibilité de réaliser des IVG instrumentales en établissement de santé, sous réserve du suivi d'une formation complémentaire spécifique et d'un niveau de pratique suffisant.

¹ Article 127 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Drees, *Les interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019*, collection « Études et résultats », n° 1163, septembre 2020.

³ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

3. Réhabiliter l'acte d'IVG comme un soin prioritaire dans notre système hospitalier

La rapporteure se félicite de l'introduction dans la proposition de loi de dispositions complémentaires de nature à améliorer l'accès à l'IVG, dont certaines ont d'ores et déjà été rendues effectives par la LFSS pour 2021 :

- l'extension du tiers payant à la prise en charge des frais relatifs à une IVG et la consécration du principe de la protection du secret pour la prise en charge de l'IVG et de l'anonymat pour toutes les personnes intéressées, prévues par l'**article 1^{er} ter A**, ont été intégralement reprises à l'**article 63 de la LFSS pour 2021** ;
- l'**article 1^{er} ter** supprime le délai de deux jours que la femme enceinte doit observer à l'issue de l'entretien psychosocial – dans le cas où elle accepte de recevoir un tel entretien – avant de confirmer par écrit son souhait de recourir à une IVG. Il s'agit du seul délai de réflexion obligatoire qui subsiste encore en droit en matière d'IVG ;
- le **dernier alinéa de l'article 2** prévoit la publication par les agences régionales de santé (ARS) d'un **répertoire recensant, sous réserve de leur accord, les professionnels de santé et les structures pratiquant l'IVG** ;
- l'**article 2 bis A** permet de préciser qu'un professionnel de santé qui **refuse la délivrance d'un contraceptif en urgence** méconnaît ses obligations professionnelles et peut être **sanctionné** à ce titre dans le cadre du dispositif de sanction des refus de soins.

Si elles participent indéniablement d'une sécurisation du parcours de soins des femmes souhaitant interrompre leur grossesse, ces mesures ne permettront toutefois pas de répondre dans sa globalité à la problématique d'une activité d'orthogénie et de planning familial jugée non rentable et devenue le parent pauvre de la politique d'organisation des soins conduite par la plupart des établissements de santé. **Peu valorisée sur le plan tarifaire** et encore relativement déconsidérée dans la pratique de gynécologie-obstétrique, l'IVG n'est en effet pas considérée comme prioritaire dans les besoins de recrutement des établissements hospitaliers, notamment de praticiens hospitaliers et de secrétaires. Dans ces conditions, en dépit de l'interdiction pour tout établissement disposant d'un service de gynécologie ou de chirurgie de refuser de pratiquer des IVG¹, **le principe selon lequel une offre d'orthogénie doit être proposée par tout établissement doté d'un service de gynécologie ou de chirurgie n'est**, selon les termes du CCNE, « *respecté que très inégalement sur le territoire* »².

Face à une rémunération peu attractive de l'activité d'IVG³, le CNGOF propose que les actes liés à l'IVG soient revalorisés sur le plan tarifaire ou que **des crédits des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (Migac) puissent être mobilisés pour financer cette activité**, au titre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Pour sa part, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes préconise la **suppression de la forfaitisation de l'IVG**. Enfin, le CNGOF recommande que **des postes de praticiens hospitaliers soient fléchés sur l'activité d'IVG**, les recrutements pouvant être assortis d'un engagement sur un volume d'activité, dans le sillage de la proposition n° 11 du rapport d'information précité de septembre 2020 de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale.

Les difficultés persistantes d'accès à l'IVG requièrent une intervention résolue de l'État dans l'amélioration de l'offre de soins en orthogénie, sans quoi sa **responsabilité** pourrait, selon la rapporteure, être engagée à l'occasion de contentieux pour **négligence** ou **inaction**. L'État a en effet déjà été condamné à plusieurs reprises pour défaut d'organisation du service public. Il a par exemple déjà fait l'objet d'une condamnation pour faute lourde en mars 2020 par le tribunal judiciaire de Paris, en raison d'une « *négligence fautive* » des services de police qui n'ont pas mis tout en œuvre pour prévenir la commission de trois assassinats dont un féminicide.

¹ Article R. 2212-4 du code de la santé publique.

² Opinion du CCNE du 8 décembre 2020 sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse, réponse à la saisine du ministre des solidarités et de la santé du 2 octobre 2020.

³ Lors de son audition par la rapporteure, le CNGOF a ainsi relevé que le tarif d'une aspiration pour fausse couche (57,60 euros) est supérieur à celui pratiqué pour une IVG par aspiration, pouvant conduire certains médecins à faire passer des IVG pour des fausses couches afin de pratiquer des dépassements d'honoraires.

B. RÉFLÉCHIR À LA MISE EN PLACE D'UN VÉRITABLE PILOTAGE NATIONAL DE NOTRE POLITIQUE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Pour nécessaire qu'elle soit, la proposition de loi n'offre cependant qu'une réponse partielle à l'enjeu de l'équité dans l'accès à l'IVG et de la prévention des grossesses non désirées.

Sur les 35 recommandations formulées en 2013 par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes sur l'accès à l'IVG, 15 n'avaient été mises en œuvre que partiellement et 9 étaient encore restées sans suite en 2016¹.

C'est pourquoi la rapporteure appelle de ses vœux la **mise en place d'un véritable pilotage national de l'activité d'IVG et, plus largement, de notre politique de santé sexuelle et reproductive**. Afin que l'IVG ne serve plus de variable d'ajustement dans les arbitrages budgétaires des établissements de santé et dans le souci de garantir l'équité territoriale dans l'accès aux soins en matière de santé sexuelle et reproductive, elle invite le Gouvernement et le Parlement à engager une réflexion sur la **création d'un institut national de la santé sexuelle et reproductive**.

Sur le modèle de l'Institut national du cancer (INCa), compétent dans le pilotage de l'offre de soins en cancérologie et dans la définition de notre stratégie nationale de lutte contre le cancer, cet institut pourrait être chargé :

- de **piloter l'offre nationale de soins en orthogénie et de planning familial**, notamment par l'élaboration d'un **cahier des charges des centres d'IVG et de planning familial**, le soutien aux associations et l'animation de réseaux d'acteurs non hospitaliers investis dans les activités de santé sexuelle et reproductive (centres d'IVG et de planning familial, réseaux de sages-femmes habilitées pour les IVG médicamenteuses et instrumentales, réseaux de médecins libéraux, réseaux des maisons médicales pluridisciplinaires, réseaux de santé en périnatalité...). **Ce pilotage devra être réalisé en lien étroit avec les collectivités territoriales**, en particulier les **départements** qui agrèent les **centres de planification ou d'éducation familiale** ;

- d'**élaborer** et de **réactualiser la stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive**, en fixant en particulier des objectifs en termes de maillage équilibré du territoire en soins d'orthogénie ou encore de formation des professionnels de santé aux activités d'IVG et de prévention en santé sexuelle et reproductive. Cette stratégie pourrait être définie en partenariat avec Santé publique France, le Haut Conseil de la santé publique et le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, les représentants des professions médicales et paramédicales concernées, les réseaux d'établissements proposant un accès à l'IVG, à la contraception et à la prévention contre les infections sexuellement transmissibles et les réseaux associatifs. À l'heure actuelle, **une stratégie nationale de santé sexuelle fixe 95 objectifs pour la période 2017-2030** et se décline en feuilles de route à trois ans pour sa mise en œuvre dont la première couvre la période 2018-2020. Son pilotage est censé être assuré par un **comité national de pilotage de la stratégie de santé sexuelle**² animé par la direction générale de la santé ;

- de **contrôler le respect par les établissements de santé de leurs obligations dans le déploiement d'une offre d'orthogénie**. En application de l'article R. 2212-4 du code de la santé publique, « *les établissements publics qui disposent de lits ou de places autorisés en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie ne peuvent refuser de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse* ». Si les établissements privés peuvent être exonérés de cette obligation³, les établissements privés d'intérêt collectif ne peuvent se prévaloir de cette exemption si aucun autre établissement n'est en mesure de répondre aux besoins locaux⁴.

¹ Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, *Accès à l'avortement : d'importants progrès réalisés, un accès réel qui peut encore être conforté*, bilan de la mise en œuvre des recommandations formulées par le Haut Conseil à l'égalité depuis 2013, réalisé à l'occasion du 42^e anniversaire de la loi « Veil », publié le 17 janvier 2017.

² Présidé en 2017 par le Pr Patrick Yeni.

³ Aux termes du troisième alinéa de l'article L. 2212-8 du code de la santé publique, « *un établissement de santé privé peut refuser que des IVG soient pratiquées dans ses locaux* ».

⁴ Quatrième alinéa de l'article L. 2212-8 du code de la santé publique.

Selon le ministère des solidarités et de la santé, des données de 2017 montrent néanmoins qu'un certain nombre d'établissements publics, certes « *très faible* » selon le ministère, autorisés pour ces activités n'assurent pas l'activité d'IVG en méconnaissance de leurs obligations réglementaires. Lors de leur audition, les services du ministère ont évoqué une vingtaine d'établissements publics et 22 maternités à but non lucratif qui ne réaliseraient pas d'IVG, sur un total d'un peu plus de 500 établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique. Le contrôle du respect par les établissements de leurs obligations en matière d'IVG et de l'adaptation du dimensionnement de l'offre hospitalière d'IVG aux besoins territoriaux devra être effectué **en coordination avec les ARS qui doivent veiller sur le terrain à ce que les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique ou à la chirurgie assurent bien une activité d'IVG ;**

- **d'évaluer, en lien avec les ARS, la qualité de l'offre d'orthogénie** dans les établissements de santé et les centres de santé ou de planification et de **surveiller la qualité de l'information sur les méthodes abortives ;**

- **d'améliorer l'accès à la prévention en santé sexuelle et reproductive** pour les jeunes, notamment par le renforcement des compétences et moyens des **services de médecine scolaire ou universitaire.**

Cet institut pourrait ainsi organiser, chaque année et en partenariat avec Santé publique France et le Haut Conseil de la santé publique, les acteurs associatifs, les professionnels de santé et les services de médecine scolaire ou universitaire, une **campagne thématique d'information et de sensibilisation en lien avec la santé sexuelle et reproductive**, par exemple sur la contraception, les droits sexuels et reproductifs ou la prévention des infections sexuellement transmissibles.

À cet égard, la rapporteure relève que le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes a formulé en 2016¹ 30 recommandations sur l'éducation à la sexualité dont la mise en œuvre et l'évaluation pourraient utilement s'appuyer sur un organisme pilote national. Alors que le Haut Conseil préconisait de « *renforcer de manière ambitieuse la politique interministérielle d'éducation à la sexualité* », la rapporteure constate que la **mise en place obligatoire de trois séances annuelles d'éducation à la vie affective et sexuelle dans les collèges et lycées** ne progresse pas. Au-delà des réticences manifestées par certaines familles à l'égard des associations susceptibles d'intervenir pour animer ces séances, des résistances peuvent également être observées au sein même de la communauté éducative. Comme le prônait le Haut Conseil dans la recommandation n° 6 de son rapport précité de 2016, la rapporteure appelle dès lors à la désignation dans les meilleurs délais et dans chaque région d'un **délégué académique à l'éducation à l'égalité et l'éducation à la sexualité** afin de veiller au déploiement effectif dans l'ensemble des établissements scolaires du second degré des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle.

En conclusion, **la rapporteure souscrit aux objectifs poursuivis par la proposition de loi** et se prononce **en faveur de son adoption** afin que son examen se poursuive dans le cadre de la navette parlementaire.

¹ Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, *Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes*, rapport relatif à l'éducation à la sexualité, rapport n° 2016-06-13-SAN-021, publié le 13 juin 2016.



Catherine Deroche
Présidente
Sénatrice (Les Républicains)
Maine-et-Loire



Laurence Rossignol
Rapporteuse
Sénatrice (SER)
Oise

Commission des affaires sociales

<http://www.senat.fr/commission/soc/index.html>

01 42 34 20 00 – contact.sociales@senat.fr

Consulter le dossier législatif :

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl20-023.html>