

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X I I I <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Délégation aux droits des femmes et l'égalité des chances entre les hommes et les femmes

- Organisation des travaux de la Délégation .....2
- Examen du rapport de Mme Bérengère Poletti  
sur le suivi de la loi du 4 juillet 2001 relative à  
l'IVG et à la contraception .....2

Mardi  
21 octobre 2008  
Séance de 16 heures

Compte rendu n° 3

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

**Présidence  
de Mme Marie-Jo  
Zimmermann,  
*présidente***



## – Organisation des travaux de la Délégation

Sur proposition de sa présidente, Mme Marie-Jo Zimmermann, la Délégation décide de retenir comme prochain thème de travail, l'accès des femmes aux responsabilités sociales et professionnelles.

### – Examen du rapport de Mme Bèrangère Poletti sur le suivi de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception

**Mme la rapporteure.** En septembre 2004, la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales avait confié le soin à la Délégation d'effectuer le suivi de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'intervention volontaire de grossesse et à la contraception, afin qu'elle puisse assurer l'information régulière des parlementaires à ce sujet. Trois ans après le premier rapport de suivi de novembre 2005, il est apparu indispensable de procéder à un nouveau point approfondi de l'application de cette loi pour tenir compte des évolutions qui sont intervenues.

Il apparaît, tout d'abord, que le nombre des IVG ne baisse pas malgré un usage très répandu de la contraception. Ce nombre est même en augmentation chez les mineures. Ceci s'explique par le fait qu'en cas de grossesse non désirée, les femmes et en particulier les plus jeunes recourent plus qu'auparavant à une IVG. Il n'empêche que trop souvent les accidents contraceptifs en sont à l'origine.

Le délai moyen de prise en charge s'est réduit à sept jours mais seulement la moitié des établissements renseignent cette donnée qui est facultative. Le recueil statistique devrait donc être amélioré et affiné comme la Délégation l'avait déjà demandé en 2005.

Les dispositions de la loi de 2001 ont été progressivement mises en place et ont permis un accès plus facile à l'IVG par l'allongement du délai légal de 10 à 12 semaines, la possibilité pour les mineures d'y recourir sans consentement parental et par la diversification des méthodes d'IVG, au sein desquelles la méthode médicamenteuse a pris une part croissante (16 % des IVG aujourd'hui).

Sur ces trois points, des améliorations certaines ont eu lieu, mais des difficultés subsistent : l'allongement du délai est parfois mal respecté et la clause de conscience évoquée par certains praticiens pour cette période ; il demeure des cas de refus pour les mineures n'ayant pas l'accord parental (4 % des refus de prise en charge s'explique par ce motif) ; le développement de l'IVG médicamenteuse en médecine de ville est très inégal. Dans certaines régions, les médecins pratiquant ces IVG sont très peu nombreux.

C'est pourquoi, il est important :

– que le décret autorisant les centres de planification et les centres de santé à effectuer des IVG médicamenteuses soit publié. Je rappelle que cette mesure a été prise par la loi de financement de la sécurité sociale de l'année dernière et n'est toujours pas effective ;

– de diversifier les professionnels pouvant effectuer les IVG médicamenteuses en ouvrant cette possibilité aux sages-femmes. Plus généralement, compte tenu de leur rôle dans

le suivi des grossesses et en matière de contraception depuis la loi de santé publique de 2004, leur installation en exercice libéral devrait être favorisé.

Enfin, les établissements et les équipes qui pratiquent des IVG sont en pleine évolution et cela doit nous conduire à être vigilant quant aux conséquences sur l'accès à l'IVG dans certaines zones et à certaines périodes. En effet, les équipes de médecins « militants » vont partir en retraite et il va falloir assurer leur relève, ce qui pose la question plus générale de la formation des médecins.

Les fermetures de cliniques, les restructurations hospitalières et le désengagement continu du secteur privé des activités d'orthogénie aboutissent à une concentration de la pratique des IVG dans les grandes structures publiques : en 15 ans (entre 1990 et 2004) la part du secteur public dans la réalisation des IVG est passée de 60 à 74 % et plus d'un quart de ces interventions sont réalisées dans une quarantaine d'établissements seulement. Cette évolution pose aussi la question de la tarification de l'IVG, malgré les revalorisations intervenues en 2004 et en 2008.

**Mme la rapporteure** a ensuite donné lecture des recommandations de la Délégation.

**Mme Danielle Bousquet.** Le constat selon lequel le nombre d'IVG ne baisse pas, s'explique notamment par le statut des jeunes filles dans la société qui n'est pas encore clairement établi : l'absence d'une véritable égalité homme – femme aboutit à ce que des jeunes filles soient enceintes pour acquérir ainsi une forme de reconnaissance en tant que femme. La question du remboursement des contraceptifs se pose aussi.

**Mme la rapporteure.** Je déposerai un amendement sur ce point. Les échecs contraceptifs sont encore trop souvent à l'origine des IVG. D'abord, parce que l'usage de la contraception étant un acquis pour les plus jeunes, la prise régulière de contraceptifs oraux est ressentie comme une contrainte et les oublis sont fréquents. Il est donc important de diversifier les modes de contraception, en les faisant mieux connaître, pour les adapter aux besoins de chacun. Ensuite, parce que l'information des jeunes a été beaucoup centrée sur le Sida, à juste titre, mais avec pour conséquence que l'information sur la contraception a été négligée. Les difficultés d'accès au gynécologue sont aussi un frein à l'usage de la contraception ; c'est pourquoi il faudrait faciliter l'installation des sages-femmes en libéral et augmenter leur nombre. Enfin, pour les mineures, la délivrance de la contraception n'est ni anonyme ni gratuite, en dehors des centres de planning, car elle passe par la sécurité sociale des parents.

**Mme Catherine Coutelle.** On ne forme plus que vingt à trente gynécologues médicaux chaque année, dès lors la question de l'accès direct aux gynécologues sans passer, au préalable, par le médecin traitant va se poser. Les femmes malades du VIH ont de grandes difficultés pour se faire suivre par un gynécologue. Les moyens consacrés à la recherche fondamentale sur le Sida sont trop faibles, à l'exception de ceux affectés à la recherche d'un vaccin.

**Mme Danielle Bousquet.** Il faut se demander si il ne serait pas nécessaire de pénaliser les hôpitaux qui n'organisent pas la prise en charge des IVG comme la loi leur en fait l'obligation.

**Mme Marie-Jo Zimmermann, présidente.** On relève un nombre important d'IVG dans la tranche des femmes autour de trente ans. La communication sur la contraception est

essentielle. Cela était une des recommandations formulées par la Délégation lors du rapport de suivi de 2005. Il faut donc se féliciter de l'organisation d'une campagne nationale sur ce sujet et poursuivre les actions d'éducation à la sexualité mises en place par l'Education nationale.

**Catherine Coutelle.** L'installation de sages-femmes en libéral ne comporte t-elle pas le risque d'encourager les accouchements à domicile ? Par ailleurs, des propos étonnants sont parfois tenus qui tendent à faire de la contraception d'urgence un mode régulier de contraception.

**Mme la rapporteure.** Pratiquer des accouchements à domicile n'est pas une demande des sages-femmes compte tenu, notamment, des risques que ces accouchements comportent. Par contre la « démedicalisation » de la naissance est une demande des futurs parents. Il y avait eu le projet de créer des maisons de la naissance à proximité des hôpitaux mais cela n'a pas abouti. Par ailleurs, la contraception d'urgence doit rester d'une utilisation exceptionnelle. Il serait erroné et dangereux de vouloir l'utiliser autrement.

#### **La Délégation a ensuite adopté le rapport et les recommandations suivantes :**

1. **Améliorer la qualité des outils statistiques relatifs à l'IVG**, notamment, pour mieux connaître les délais de prise en charge, les cas d'IVG effectués pendant les deux dernières semaines du délai légal ainsi que les demandes non satisfaites ; cela suppose, en premier lieu que les établissements renseignent ces trois points, de façon obligatoire et non plus facultative, dans le cadre de l'élaboration des Statistiques Annuelles des Établissements de santé ;
2. Renforcer le **repérage des femmes en situation précaire** et/ou ayant recours à plusieurs IVG ;
3. Procéder à une **évaluation régulière**, territoire par territoire, de la prise en charge de l'IVG ;
4. **Former les médecins à la pratique des IVG** pour remplacer la génération qui va cesser son activité ;
5. Inciter à la **formation de réseaux de santé ville-hôpital** pour la diffusion de la pratique des IVG médicamenteuses en médecine de ville en formant les médecins généralistes ;
6. Publier le **décret d'application** de la mesure décidée par la loi de financement de la sécurité sociale de décembre 2007 autorisant les IVG médicamenteuses dans **les centres de planification et d'éducation familiale et les centres de santé** ;
7. Lancer une **réflexion sur le mode de rémunération des IVG** dans le contexte de la réforme du financement de l'hôpital et de la mise en place de la tarification à l'activité, afin d'éviter que ces actes soient une source de déficit qui menacerait leur pratique dans certains établissements ;
8. Veiller à ce que **les restructurations hospitalières et l'intégration des centres autonomes réalisant des IVG dans les services d'obstétrique n'aboutissent pas à menacer la pratique des IVG**. Au-delà d'un seuil annuel d'IVG, la création d'unités fonctionnelles au sein de ces services garantissant une autonomie de fonctionnement et

permettant de préserver la spécificité de la prise en charge des IVG tant pour les médecins, les infirmières ou les secrétaires des personnels y intervenant, doit être encouragée ;

9. Inclure systématiquement les activités d'orthogénie dans la programmation de l'offre de soins opérée lors de l'élaboration des **Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire** ;

10. Poursuivre et amplifier les actions tendant à la **diversification des modes de contraceptif** lancées par la campagne d'information sur la contraception et assurer un meilleur remboursement de certains contraceptifs ;

11. Poursuivre des **campagnes d'information sur la contraception à intervalles réguliers** de façon à diffuser des messages actualisés à un public féminin et masculin en constant renouvellement ;

12. Mener une action particulière dans les **départements d'outre-mer** en termes d'information mais aussi d'accès à la contraception ;

13. Créer un **indicateur chiffré dans la loi de finances sur l'éducation à la sexualité** dans les établissements scolaires permettrait un meilleur contrôle de la mise en place effective de ces actions ; poursuivre les actions spécifiques d'information sur la contraception ;

14. Organiser la délivrance de la contraception, et en particulier de la contraception d'urgence, dans les **services de médecine de prévention des universités** ;

15. Renforcer la **formation initiale des étudiants en médecine sur la contraception et l'IVG** et développer les actions dans le cadre de la formation médicale continue ;

16. Organiser des **parcours coordonnés de soin pour le suivi de la grossesse incluant médecins et sages-femmes et favoriser l'installation de ces dernières en exercice libéral** pour mettre en cohérence leurs compétences en matière de contraception et de suivi des femmes avec leur capacité de l'exercer.

17. **Ouvrir aux sages-femmes** dans les établissements de santé, les centres de santé et de planification, **la possibilité de prescrire des IVG médicamenteuses.**