



N° 1206

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2008.

## RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

*en application de l'article 6 septies de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre  
1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires*

AU NOM DE LA DÉLÉGATION AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ DES CHANCES ENTRE  
LES HOMMES ET LES FEMMES <sup>(1)</sup>

**sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption  
volontaire de grossesse et à la contraception,**

PAR MME BÉRENGÈRE POLETTI

Députée.

---

---

(1) La composition de cette Délégation figure au verso de la présente page.

*La Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes est composée de : Mme Marie-Jo Zimmermann, présidente ; Mmes Danielle Bousquet, Claude Greff, Geneviève Levy, Bérengère Poletti, vice-présidentes ; Mme Martine Billard, M. Olivier Jardé, secrétaires ; Mmes Huguette Bello, Marie-Odile Bouillé, Chantal Bourragué, Valérie Boyer, Martine Carrillon-Couvreur, Joëlle Ceccaldi-Raynaud, Marie-Françoise Clergeau, Catherine Coutelle, Pascale Crozon, Marie-Christine Dalloz, Claude Darciaux, Odette Duriez, M. Guy Geoffroy, Mmes Arlette Grosskost, Françoise Guégot, M. Guéhaël Huet, Mme Marguerite Lamour, M. Bruno Le Roux, Mmes Gabrielle Louis-Carabin, Jeanny Marc, Martine Martinel, Henriette Martinez, M. Philippe Nauche, Mmes Josette Pons, Catherine Quéré, MM. Jacques Remiller, Daniel Spagnou, Mme Catherine Vautrin, M. Philippe Vitel.*

## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>I - LE NOMBRE DES IVG RESTE STABLE</b> .....	7
A. UN NOMBRE D'IVG GLOBALEMENT STABLE MAIS QUI AUGMENTE CHEZ LES PLUS JEUNES.....	7
1. Un taux stable d'IVG malgré une contraception largement diffusée .....	7
2. L'augmentation des IVG chez les mineures et les femmes de moins de 20 ans .....	8
B. UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE DANS CERTAINS DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER.....	9
C. DES FACTEURS À MIEUX ANALYSER.....	10
<b>II. L'ACCÈS FACILITÉ À L'IVG N'EXCLUT PAS LA PERSISTANCE DE DIFFICULTÉS ET DES INÉGALITÉS SUR LE TERRITOIRE</b> .....	13
A. L'ASSOUPLISSEMENT DES CONDITIONS D'ACCÈS .....	13
1. L'allongement du délai légal de dix à douze semaines .....	13
2. L'accès facilité des mineures à l'IVG.....	14
3. La diversification des méthodes par le développement des IVG médicamenteuses.....	15
<i>a) Un dispositif qui s'est progressivement mis en place.....</i>	15
<i>b) La nécessité de préserver le choix de la méthode d'IVG.....</i>	16
4. La diminution du délai moyen de prise en charge.....	16
B. LES CONSÉQUENCES DE L'ÉVOLUTION DES STRUCTURES HOSPITALIÈRES .	17
1. Le désengagement continu du secteur privé en matière d'IVG.....	17
2. La situation en Île-de-France .....	18
C. L'ACCÈS À L'IVG MÉDICAMENTEUSE EN VILLE RESTE TRÈS INÉGAL.....	18
1. Les progrès sont encore trop limités dans le secteur libéral.....	18
2. Le décret autorisant l'IVG médicamenteuse dans les centres de planification familiale et les centres de santé n'est toujours pas paru.....	19
3. La question de l'élargissement à d'autres professionnels de santé se pose .....	20

D. GARANTIR LA PÉRENNITÉ DE L'ACCÈS À L'IVG .....	20
1. La question du forfait de l'IVG chirurgicale .....	20
2. La formation des médecins .....	21
<i>a) Le renouvellement des générations « militantes » .....</i>	21
<i>b) La formation à la contraception et à l'IVG .....</i>	21
<b>III. LA CONTRACEPTION : MIEUX INFORMER ET MIEUX PRESCRIRE .....</b>	<b>23</b>
A. LA RELANCE DE CAMPAGNES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION .....	23
1. Un des facteurs des recours à l'IVG : l'échec contraceptif.....	23
2. Une contraception adaptée pour une contraception efficace.....	24
B. LES JEUNES ET LA CONTRACEPTION.....	24
1. Garantir l'accès des jeunes à la contraception.....	25
<i>a) Les centres de planification ne constituent pas partout une réponse.....</i>	25
<i>b) Il faut assurer la prise en charge des contraceptifs pour les mineures.....</i>	25
2. Généraliser l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire .....	26
<i>a) La mise en place d'un partenariat avec l'INPES pour la diffusion de</i> <i>            l'information sur la contraception.....</i>	26
<i>b) L'éducation à la sexualité.....</i>	26
<i>c) Le bilan de l'installation de distributeurs de préservatifs .....</i>	27
3. Renforcer le rôle de la médecine préventive universitaire .....	27
C. LA CONTRACEPTION D'URGENCE .....	28
1. Une solution pour faire face à une situation d'urgence .....	28
2. L'accès à la contraception d'urgence a été organisé pour les mineures .....	28
<i>a) L'organisation de la prise en charge pour les mineures .....</i>	28
<i>b) Les missions de l'Éducation nationale .....</i>	28
<b>TRAVAUX DE LA DÉLÉGATION .....</b>	<b>30</b>
<b>RECOMMANDATIONS ADOPTÉES .....</b>	<b>32</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>35</b>
<b>LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES .....</b>	<b>41</b>

MESDAMES, MESSIEURS,

En septembre 2004, la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales avait confié à la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, le soin d'effectuer le suivi de la loi n° 2001-588 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* ».

La Délégation suit dans son travail quotidien les questions de contraception et d'IVG qui sont au cœur des droits garantis aux femmes par la loi. Aussi, trois ans après le premier rapport de suivi effectué par votre rapporteure en novembre 2005, il lui est apparu indispensable de procéder à un nouveau point approfondi de la mise en œuvre concrète des apports de la loi du 4 juillet 2001.

Ce suivi a pour but de prendre en compte les dispositions nouvelles intervenues depuis cette date mais aussi d'évaluer les effets des évolutions qui ont eu lieu en matière de contraception et d'information sur celle-ci, ainsi qu'en matière de prise en charge des IVG. Si les modalités d'accès à l'IVG ont été diversifiées et facilitées par le recours croissant à la technique médicamenteuse, les restructurations hospitalières et les évolutions des équipes requièrent une vigilance particulière sur les garanties d'accès à l'IVG pour les périodes à venir.



## I - LE NOMBRE DES IVG RESTE STABLE

Les derniers chiffres disponibles portent sur l'année 2006<sup>(1)</sup> pour laquelle le nombre d'IVG est évalué en France métropolitaine à 209 700 pour 830 900 naissances.

Ce chiffre est globalement stable depuis une vingtaine d'années, à hauteur d'un peu plus de 200 000 par an, et relativement élevé si on le compare aux autres pays européens<sup>(2)</sup>. Il faut toutefois préciser que pour la France, ce nombre stable s'inscrit dans le cadre de hausse de la natalité depuis le milieu des années quatre-vingt-dix.

En revanche, les modes opératoires ont évolué avec le recours possible aux techniques médicamenteuses. Celles-ci ont pris progressivement une part croissante : elles ont représenté 46 % des IVG pratiquées en 2006.

### A. UN NOMBRE D'IVG GLOBALEMENT STABLE MAIS QUI AUGMENTE CHEZ LES PLUS JEUNES

#### 1. Un taux stable d'IVG malgré une contraception largement diffusée

La France connaît une situation paradoxale : le nombre annuel d'IVG reste stable, à un niveau relativement élevé, alors que le taux d'utilisation des contraceptifs y est parmi les plus élevés d'Europe (moins de 5 % des femmes de 15 à 45 ans sexuellement actives et ne souhaitant pas avoir d'enfant déclarent ne pas utiliser, ou ne pas utiliser systématiquement, un moyen de contraception) et malgré le développement de la contraception d'urgence.

	1990	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre d'IVG	197 406	202 180	206 596	203 346	210 664	206 311	209 700
Femmes de 15 à 49 ans	14 118 963	14 385 029	14 356 663	14 403 661	14 402 600	14 451 363	14 462 068
IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	14	14,1	14,4	14,1	14,6	14,3	14,5

(1) *Études et résultats n° 659, DREES, Les interruptions volontaires de grossesse en 2006.*

(2) *Cf. annexes : tableau I.*

La faible fluctuation du nombre d'IVG se constate sur une trentaine d'années, et notamment depuis 2002, ce qui montre que l'allongement du délai de dix à douze semaines voté en 2001 <sup>(1)</sup>, n'a pas eu d'incidence forte sur le nombre d'interruptions de grossesse.

## 2. L'augmentation des IVG chez les mineures et les femmes de moins de 20 ans

Si le taux d'IVG est stable pour toutes les tranches d'âge au-delà de vingt ans, il augmente de façon régulière chez les jeunes femmes de moins de vingt ans, notamment chez les mineures de 15 à 17 ans.

### LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE SELON L'ÂGE

	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Total IVG</b>	<b>206 596</b>	<b>203 346</b>	<b>210 664</b>	<b>206 311</b>	<b>209 699</b>
<b>Répartition des IVG selon le groupe d'âge</b>					
15-17 ans	10 722	11 029	11 517	12 138	13 230
18-19 ans	16 468	16 290	17 408	17 658	18 549
20-24 ans	52 420	51 810	52 929	52 541	52 604
25-29 ans	44 227	42 824	44 001	42 735	43 891
30-34 ans	39 819	39 100	40 512	38 552	37 735
35-39 ans	29 503	28 621	29 706	28 407	29 122
40-44 ans	12 224	12 076	12 521	12 234	12 505
45-49 ans	1 180	1 559	1 313	1 127	1 145
<b>15-49 ans</b>	<b>206 562</b>	<b>203 309</b>	<b>209 907</b>	<b>205 392</b>	<b>208 781</b>
<b>IVG pour 1 000 femmes</b>					
15-17 ans	8,9	9,0	10,0	10,6	11,5
18-19 ans	21,6	21,7	22,9	22,8	23,8
20-24 ans	27,6	26,7	27,2	26,8	27,1
25-29 ans	22,6	22,3	23,4	22,8	23,0
30-34 ans	18,8	18,2	18,8	18,0	18,0
35-39 ans	13,4	13,0	13,6	13,1	13,4
40-44 ans	5,7	5,6	5,7	5,5	5,6
45-49 ans	0,6	0,7	0,6	0,5	0,5
<b>IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans</b>					
	<b>14,4</b>	<b>14,1</b>	<b>14,6</b>	<b>14,3</b>	<b>14,5</b>

Champ : France métropolitaine  
Sources : BIG, PMSI, SAE, DRESS

(1) Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception. Cf. annexes, document II : les principales dispositions de la loi.



13 230 mineures de 15 à 17 ans ont eu recours à une IVG en 2006, soit une sur cent.

Le développement de la contraception d'urgence n'a donc pas eu d'impact significatif sur le recours à l'IVG. En effet, chez les mineures de 15 à 17 ans le recours à l'IVG croît régulièrement : + 8,9 % par rapport à 2005.

Ces évolutions s'expliquent par un recours plus fréquent à l'IVG en cas de grossesse non désirée.

Sur le moyen terme, le nombre des grossesses non désirées est en diminution grâce à une contraception plus performante mais désormais 3 femmes sur 4 confrontées à une grossesse non prévue choisissent de l'interrompre<sup>(1)</sup> (elles n'étaient que 4 sur 10 en 1975). Ceci est encore plus vrai pour les plus jeunes. La mauvaise information sur la contraception, des méthodes mal utilisées ou peu appropriées au mode de vie des jeunes, mais aussi un accès plus difficile pour les mineures à la contraception sont autant de facteurs qui aboutissent à des grossesses non désirées à un âge où le désir d'avoir réellement un enfant est le plus souvent absent.

Par ailleurs, pour les très jeunes femmes, la poursuite de leur scolarité est évidemment un élément déterminant dans la décision d'interrompre une grossesse. Une maternité précoce est un frein important à son déroulement et donc à une insertion professionnelle ultérieure.

## **B. UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE DANS CERTAINS DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER**

Les taux de recours à l'IVG, c'est-à-dire le nombre d'IVG pratiquées pour 1 000 femmes, varient sensiblement selon les régions : les régions Corse, Languedoc-Roussillon, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur connaissent les taux les plus élevés (autour de 20 %).

Des taux du même ordre sont constatés en Martinique et à La Réunion mais la situation est particulièrement préoccupante en Guyane où le taux de recours à l'IVG est de 36,7 % et en Guadeloupe (39,4 %). De surcroît, les mineures sont aussi plus souvent concernées en Guadeloupe, en Guyane et à la Réunion : 3 jeunes filles sur 100 y ont eu recours à une IVG en 2006.

L'étude sur la santé des femmes menée par l'Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe<sup>(2)</sup> a mis en évidence l'augmentation de la part des IVG chez les femmes de plus de 30 ans et surtout après 35 ans. Le recours à l'avortement est le moyen d'éviter une première grossesse non désirée en particulier chez les femmes célibataires. Cependant, pour les autres, il est un moyen d'éviter l'accroissement du nombre d'enfants dans la famille. Pour une femme mariée

---

(1) Enquête GINE 2002.

(2) ORSAG, *Les femmes en Guadeloupe, mars 2008*.

avoir deux enfants semble aller de soi mais près de la moitié des demandes d'IVG formulées par ces femmes vont avoir pour but d'éviter la naissance d'un troisième enfant.

Un effort spécifique quant à l'information sur la contraception et à l'accès à celle-ci est indispensable dans ces départements particulièrement en direction des plus jeunes.

### C. DES FACTEURS À MIEUX ANALYSER

En 2004, environ un quart des femmes ayant eu recours à une IVG n'utilisaient pas de contraceptif. Cette absence de contraception explique donc une part importante des IVG mais n'y suffit pas. En effet, **près de deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser une contraception** au moment de la survenue de cette grossesse.

Plus généralement, la confrontation entre la persistance d'un nombre élevé d'IVG et la diffusion de la contraception, rend tout à fait indispensable une analyse poussée des facteurs expliquant la survenue d'une grossesse non désirée et les motivations du recours à un avortement.

Comme la Délégation l'avait déjà préconisé en 2004, le dispositif de recueil statistique des données devrait être amélioré.

Les chiffres relatifs aux IVG résultent, pour l'essentiel, d'estimations effectuées à partir des systèmes d'information hospitalier.

Ils proviennent de trois sources :

— la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) qui ne fournit que des informations en nombre limité (nombre total d'IVG, mode médicamenteux, avec anesthésie, hospitalisation de plus de douze heures) et agrégées par établissement de santé ;

— les bulletins d'interruptions volontaires de grossesse. Malgré l'obligation légale de les remplir, ceux-ci ne sont pas exhaustifs et ne sont toujours pas communiqués régulièrement par les établissements. On estimait qu'entre 1995 et 1998, 4,4 % des IVG du secteur public et 32 % de celles du secteur privé n'ont pas donné lieu à ce bulletin. La communication des bulletins est encore particulièrement difficile dans le secteur privé comme l'a montré une étude récente de la DRASS Île-de-France.

Cette situation est préjudiciable à une analyse statistique plus fine car seuls les bulletins permettent de collecter des données sur le profil des femmes concernées (âge, situation professionnelle, département du domicile) et d'avoir une estimation de la durée de gestation et du nombre éventuel d'IVG antérieures ;

— les données issues du PMSI, le programme médicalisé des systèmes d'information. Ces données ne sont pas directement utilisables pour un dénombrement précis car elles ne distinguent pas les IVG des interruptions de grossesse pour motif médical. En outre, il existe des établissements, notamment en Île-de-France qui soit ne renseignent pas le PMSI (moins de 100 lits), soit ne respectent pas les consignes de codage et ne voient donc pas cette activité comptabilisée.

Les statistiques sur les cas répétés d'IVG chez une même femme sont peu nombreuses, anciennes et portent sur des échantillons limités. Sur ce point, comme sur le nombre d'IVG pratiquées pendant les deux dernières semaines du délai légal et sur les refus de prise en charge, il serait nécessaire de disposer de chiffres précis.

Pour mieux percevoir les tendances globales d'évolution ainsi obtenues, il a été décidé de procéder à intervalle régulier à des enquêtes auprès d'échantillons représentatifs pour mieux connaître les caractéristiques des femmes ayant recours à une IVG. Une première synthèse des données issues de la première enquête lancée en 2007 devrait être publiée prochainement.



## II. L'ACCÈS FACILITÉ À L'IVG N'EXCLUT PAS LA PERSISTANCE DE DIFFICULTÉS ET DES INÉGALITÉS SUR LE TERRITOIRE

La loi du 4 juillet 2001 a eu pour objectif de faciliter l'accès à l'IVG en développant la pratique des IVG médicamenteuses mais aussi en augmentant la durée du délai légal et en n'exigeant plus l'accord parental pour les mineures.

Ces réformes ont eu des effets certains qui sont trop souvent freinés par des difficultés persistantes d'accès à l'IVG liées à l'organisation du système de santé et aux inégalités existantes sur le territoire.

Cet objectif a pourtant été pris en compte par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui fixe dans le domaine de la contraception et de l'IVG des objectifs quantifiés devant être atteints dans les cinq ans, « en matière d'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ».

### A. L'ASSOUPLISSEMENT DES CONDITIONS D'ACCÈS

#### 1. L'allongement du délai légal de dix à douze semaines

La loi du 4 juillet 2001 a facilité les conditions d'accès à l'IVG en allongeant le délai légal de dix à douze semaines de grossesse, le rapprochant ainsi du délai moyen de quatorze semaines pratiqué en Europe. Cet allongement du délai a eu pour objectif d'éviter que des femmes, à ce stade de grossesse, ne soient contraintes de se rendre à l'étranger parce que leur prise en charge n'était plus possible en France. Chaque année, 5 000 femmes se trouvaient hors délai, pour environ 80 % d'entre elles parce que leur grossesse datait de dix à douze semaines.

En 2003, la DREES a évalué à environ 8 % des IVG déclarées dans les établissements de santé, celles ayant eu lieu dans la période des onzième et douzième semaines. Une étude réalisée plus récemment par la DRASS d'Île-de-France <sup>(1)</sup> a montré que si environ les trois-quarts des femmes interrompaient leur grossesse au cours des neuf premières semaines d'aménorrhée, environ 4 % des demandes étaient toujours présentées tardivement (entre la treizième et la quatorzième semaine d'aménorrhée).

Certaines des personnes auditionnées ont souligné que **l'allongement du délai est, en réalité, mal respecté.**

Quand un établissement est sollicité pour une intervention durant cette période et que l'on peut craindre que le délai légal ne soit finalement dépassé, il

---

(1) DRASS Île-de-France STAT'IF n° 26, mars 2008.

serait conseillé à la femme de se rendre à l'étranger. La clause de conscience, serait également plus souvent invoquée par certains médecins quand l'intervention doit avoir lieu pendant les deux dernières semaines du délai légal.

Certains établissements ne les pratiquent pas, invoquant des raisons techniques. Ces interventions se concentrent souvent dans des établissements de « recours » faisant courir le risque d'une perte de temps d'autant plus préjudiciable que, par définition, le terme du délai légal est proche.

Pour cerner avec précision ces évolutions, des données précises sur les demandes et sur les IVG effectivement pratiquées pendant ces deux dernières semaines sont indispensables. Le nombre des femmes encore contraintes de se rendre à l'étranger avec les difficultés et les risques éventuels que cela comporte est, en effet, difficile à quantifier.

En raison de la persistance de difficultés en Île-de-France, signalées par les professionnels et les associations, une enquête a été lancée par la DRASS de cette région auprès d'établissements étrangers accueillant des Franciliennes. Les résultats partiels publiés montrent que **3 femmes sur 10 avaient formulé une demande pendant le délai légal**. Leur demande n'a pu être satisfaite, soit faute de place, soit du fait de la pratique de l'établissement qui n'effectuait pas d'IVG après 12 semaines, soit en raison de difficultés d'accès à l'échographie (délai de rendez-vous et/ou coût).

**Le départ à l'étranger ne répond donc pas seulement à des besoins qui ne peuvent être satisfaits en France en raison des règles applicables au délai légal, mais aussi à des situations qui auraient dû être prises en charge sur le territoire national par une meilleure organisation.**

La poursuite de cette enquête auprès des établissements étrangers à une échelle qui permette son exploitation quantitative est indispensable.

## **2. L'accès facilité des mineures à l'IVG**

La suppression de l'autorisation parentale pour les mineures demandant une IVG, avec la présence requise d'un adulte référent, a sensiblement facilité l'accès de ces dernières à cette intervention et l'organisation, dans de bonnes conditions, de la prise en charge anonyme et gratuite pour les mineures dans cette hypothèse est un point positif.

On observe cependant que des équipes demeurent encore réticentes à pratiquer une IVG dans le cas où une mineure souhaiterait garder le secret vis-à-vis de ses parents : 4 % des refus de prise en charge relèveraient de ce cas de figure alors même que les questions qui pouvaient se poser en termes de responsabilités des médecins notamment des médecins-anesthésistes ont été réglées. La garantie de l'accès des mineures à l'IVG hors du consentement parental constitue un des thèmes prioritaire du programme pluri-annuel

(2007-2009) d'inspection des services déconcentrés dans le cadre duquel il est procédé à une sensibilisation des établissements pratiquant des IVG, aux difficultés générales d'accès à cette intervention.

**Il est particulièrement important que la loi puisse être appliquée, spécialement dans ces situations nécessairement difficiles pour la jeune fille.**

S'y ajoute la question de la responsabilité de l'adulte référent qui n'est toujours pas réglée. L'adulte accompagnant la mineure lors d'une démarche d'IVG ne le fait qu'à titre individuel et pas au nom de l'institution auquel il appartient, ce qui est mal compris des intéressés quand il s'agit de personnels de l'éducation nationale, une infirmière scolaire par exemple ou une assistante sociale.

### **3. La diversification des méthodes par le développement des IVG médicamenteuses**

#### *a) Un dispositif qui s'est progressivement mis en place*

L'IVG médicamenteuse s'est développée régulièrement. En 2005, 46 % des IVG effectuées l'ont été par cette technique, contre 18 % seulement il y a dix ans.

	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Nombre d'IVG	206 596	203 346	210 664	206 311	209 699
Part des IVG médicamenteuses	35 %	38 %	42 %	44 %	46 %

Source : DREES

Limité d'abord au seul secteur hospitalier, l'accès à l'IVG médicamenteuse a été facilité par la loi du 4 juillet 2001 qui a autorisé sa pratique dans le cadre de la médecine de ville.

Cet acte doit alors être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et ayant passé une convention avec un établissement de santé avec lequel il travaille en réseau.

En pratique, cette possibilité n'a été ouverte qu'à partir de 2004 en raison de la parution tardive du décret d'application (décret n° 2004-636 du 1<sup>er</sup> juillet 2004) en raison d'une part, d'une controverse médicale sur les recommandations de l'ANAES en matière d'IVG médicamenteuse et, d'autre part, des négociations sur le montant du forfait rémunérant cet acte.

### ***b) La nécessité de préserver le choix de la méthode d'IVG***

Le choix de la méthode, chirurgicale ou médicamenteuse, selon laquelle l'IVG sera pratiqué n'existe pas partout au même degré.

Il a été signalé à votre rapporteure que l'aspiration sous anesthésie locale n'est pratiquée quasi exclusivement que dans les centres autonomes d'IVG. L'activité de ces centres étant appelée à être intégrée dans les services d'obstétrique dans le cadre de la réforme hospitalière, leur pratique risque de disparaître. On constate, effectivement, entre 2006 et 2002, une croissance de la part des IVG chirurgicales réalisées sous anesthésie générale (67 % contre 62 %).

Par ailleurs, les femmes doivent pouvoir trouver une alternative entre la méthode chirurgicale et l'IVG médicamenteuse.

D'une part, parce que les délais à respecter ne sont pas les mêmes. Ils sont plus courts pour la technique médicamenteuse qui ne peut être utilisée au-delà de la septième semaine d'aménorrhée en établissement de santé et au-delà de la cinquième semaine en médecine de ville.

D'autre part, parce que l'IVG médicamenteuse peut ne pas convenir à toutes, aux femmes les plus fragiles ou les plus isolées notamment. Si le développement de cette méthode a permis un accès plus facile à l'avortement favorisant ainsi la réduction des délais de prise en charge et si le suivi médical est organisé en liaison avec un établissement de santé, l'accompagnement apporté à la femme est forcément moindre qu'au cours d'une hospitalisation, même de courte durée. Or, la prise des comprimés peut entraîner des douleurs importantes ou soulever des fortes inquiétudes.

**L'IVG médicamenteuse ne doit donc pas être une technique auquel on recourt par défaut** et son développement ne dispense pas de l'organisation d'un accès optimum aux avortements chirurgicaux.

#### **4. La diminution du délai moyen de prise en charge**

Le calcul du délai moyen de prise en charge montre que celui-ci s'est progressivement réduit : de 9 jours en 2003, il est évalué à environ une semaine en 2006.

Il faut préciser que ce délai correspond à celui observé entre la demande d'IVG et sa réalisation, pour les femmes qui n'ont pas été réorientées vers une autre structure et qu'il est estimé à partir des réponses fournies par les établissements. Or, seulement une moitié d'entre eux renseigne cette information



Par ailleurs, ce chiffre est une moyenne : si un quart des IVG est effectué en moins d'une semaine, **un autre quart est encore réalisé au-delà d'un délai de 15 jours** <sup>(1)</sup>.

Ces écarts dans la durée de prise en charge peuvent être dus au délai de réflexion que des femmes elles-mêmes veulent se réserver avant de prendre leur décision mais il est aussi révélateur des difficultés existant dans certains points du territoire et à certaines périodes de l'année.

## **B. LES CONSÉQUENCES DE L'ÉVOLUTION DES STRUCTURES HOSPITALIÈRES**

### **1. Le désengagement continu du secteur privé en matière d'IVG**

Les IVG se concentrent de plus en plus dans les établissements de santé du secteur public. En 15 ans, entre 1990 et 2005, la part du secteur public n'a cessé de croître passant de 60 % à 74 % des IVG réalisées.

Cette tendance déjà relevée en 2004 par la Délégation se poursuit avec régularité.

Elle résulte d'une part des **restructurations hospitalières qui se traduisent par la fermeture d'un certain nombre de cliniques qui effectuaient des IVG, mais aussi du désengagement progressif du secteur privé** de la pratique d'un acte qui en raison de ces conditions de tarification et des coûts spécifiques liés à l'accompagnement des femmes n'est pas considéré comme « rentable » pour la structure qui le pratique. Autre conséquence, parfois des cliniques ne pratiquent plus d'IVG que pour leur clientèle.

La loi de 1975, modifiée en 2001 tout en préservant une clause de conscience pour les praticiens, impose pourtant au service public hospitalier publics et privé de s'organiser pour assurer la mise en œuvre du droit à recourir à une IVG.

En outre, **cette activité est très concentrée dans quelques établissements les plus importants** : plus d'un quart des IVG est réalisé par seulement 43 établissements hospitaliers qui en effectuent chacun plus de 1 000 par an.

Ces évolutions ont nécessairement des conséquences sur l'accès à l'IVG, notamment dans des régions comme l'Île-de-France où la part des cliniques dans la pratique des IVG était majoritaire.

Enfin, les restructurations hospitalières et l'intégration des centres autonomes réalisant des IVG (CIVG) dans les services d'obstétrique qui permet de

---

(1) Évolution sur trois ans de la répartition du délai de prise en charge des IVG. Cf. annexes, tableau III.

garantir la qualité de l'accueil et de la prise en charge ne doivent pas aboutir à menacer la pratique des IVG.

La création d'unités fonctionnelles sous la responsabilité d'un chef de service garantissant une autonomie de fonctionnement, des locaux affectés et permettant l'organisation de la continuité des personnels et des intervenants doit être encouragée.

La création de deux unités fonctionnelles dans les maternités de Bichat et de Saint Vincent de Paul, avec un praticien hospitalier responsable, a permis une forte augmentation de l'activité d'IVG.

Plus largement, les activités d'orthogénie devraient être incluses systématiquement dans la programmation de l'offre de soins opérée lors de l'élaboration des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.

## **2. La situation en Île-de-France**

Le nombre d'établissements pratiquant des IVG diminue en Île-de-France alors même qu'il s'agit de l'une des régions qui connaît le plus fort taux de recours à l'IVG et où l'on en pratique le plus.

En 1999, 176 établissements effectuaient des IVG dans cette région. En 2006, ils ne sont plus que 124, dont 6 ne réalisent que des Interruptions thérapeutiques de grossesse (ITG).

Cette diminution régulière est essentiellement due aux fermetures ou aux restructurations du secteur privé à but lucratif. **Le désengagement du secteur privé est particulièrement marqué en région parisienne** où le rapport secteur public/secteur privé dans la réalisation des IVG s'est inversé à partir de 2003 <sup>(1)</sup>. Finalement, ces établissements, de moins en moins nombreux, n'effectuent plus qu'une minorité des IVG recensées (39 %).

À Paris, en Seine-et-Marne, dans les Yvelines et les Hauts-de-Seine, les IVG sont majoritairement réalisées dans le secteur public. Dans l'Essonne, le Val-d'Oise, le Val-de-Marne et la Seine-Saint-Denis ce sont toujours les établissements privés à but lucratif qui en pratiquent le plus.

## **C. L'ACCÈS À L'IVG MÉDICAMENTEUSE EN VILLE RESTE TRÈS INÉGAL**

### **1. Les progrès sont encore trop limités dans le secteur libéral**

La pratique des IVG médicamenteuses est encore limitée dans le secteur libéral.

---

(1) Répartition de l'activité. Cf annexes, tableau IV.

Celui-ci n'assure que 16,5 % des 90 000 IVG médicamenteuses réalisées en 2006. Ce chiffre n'augmente plus, alors que la pratique de l'IVG médicamenteuse continue de progresser dans les établissements hospitaliers du secteur public.

De plus cette pratique est très inégalement répartie sur le territoire. Plus de la moitié des IVG médicamenteuses en cabinet sont réalisées en Île-de-France où la part de ces IVG est en forte progression depuis 2004. Cinq régions totalisent 89 % de ces IVG.

Le premier frein tient au **trop faible nombre de médecins ayant passé une convention avec un établissement de santé**, condition indispensable pour pouvoir effectuer ces IVG.

Fin 2006, 750 conventions ont été signées par des médecins de ville avec 160 établissements de santé mais presque la moitié de ces conventions sont concentrées en Île-de-France, alors que quatorze régions ont moins de cinq médecins ayant passé une convention avec un établissement de santé.

D'autre part, 90 % de ces actes sont réalisés par des gynécologues, or ceux-ci ne sont pas présents ou ne sont pas facilement accessibles.

Le développement de l'IVG médicamenteuse passe donc par la plus grande implication des médecins généralistes, ce qui renvoie à la question de leur mobilisation mais aussi de leur formation. Ceci nécessiterait la mise en place d'un véritable pilotage assurant le développement de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire avec une action ciblée autour des établissements sans convention.

**Sa mise en œuvre pourrait s'appuyer sur la mise en place de réseaux de médecins du type du réseau REHVO créé en 2004 en Île-de-France qui met en œuvre des actions de formation de médecins de ville à la pratique des IVG.**

## **2. Le décret autorisant l'IVG médicamenteuse dans les centres de planification familiale et les centres de santé n'est toujours pas paru**

La loi de financement de la sécurité sociale de 2008 a étendu aux centres de planification et d'éducation familiale et aux centres de santé la possibilité de procéder à des IVG médicamenteuses (article L. 2311-3 du code de la santé publique). À cette fin, une convention doit être conclue entre le centre et un établissement de santé public ou privé.

Autoriser ces centres à réaliser des IVG médicamenteuses doit contribuer à faciliter l'accès à l'avortement, notamment pour les femmes les plus vulnérables qui les connaissent déjà en raison de leurs missions actuelles et dans les zones où il n'y a pas de médecins conventionnés pour les pratiquer.

Il a été souligné pendant les débats parlementaires que les centres de planification et de santé pourront pratiquer cet acte dans des conditions satisfaisantes, au niveau sanitaire comme en matière d'accompagnement social. Les médecins qui y sont attachés sont déjà mobilisés sur ces questions et pratiquent souvent des IVG dans des établissements de santé. En outre, les centres de planification sont déjà compétents pour réaliser des consultations psychosociales avant et après l'avortement.

**Il est donc tout à fait regrettable que les textes d'application qui doivent mettre en place ce dispositif ne soient pas encore parus, près d'un an après le vote de la loi.**

### **3. La question de l'élargissement à d'autres professionnels de santé se pose**

L'avant-projet de loi portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires devrait permettre d'autoriser les sages-femmes à prescrire des IVG médicamenteuses dans les établissements de santé, les centres de planification et les centres de santé.

Cette préconisation avait été déjà formulée par le groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 qui avait considéré que les sages-femmes avaient la compétence technique pour le faire.

Compte tenu des carences des réseaux de médecins assurant des IVG médicamenteuses dans certaines zones du territoire, les établissements de santé comme les centres de santé et de planification jouent un rôle essentiel dans l'accès à l'IVG par voie médicamenteuse.

**Ouvrir cette compétence aux sages-femmes** qui ont déjà des responsabilités dans ces établissements dans la prescription de la contraception après les accouchements est un élément qui facilitera l'accès à l'IVG en permettant un meilleur maillage des professionnels de santé pratiquant ces actes.

## **D. GARANTIR LA PÉRENNITÉ DE L'ACCÈS À L'IVG**

### **1. La question du forfait de l'IVG chirurgicale**

Après avoir été bloqué pendant treize ans, de 1991 à 2004, le forfait versé aux établissements de santé a été revalorisé une première fois de 30 % par l'arrêté du 23 juillet 2004.

La nouvelle revalorisation qui vient d'intervenir par arrêté du ministère de la santé, le 4 avril 2008, était attendue et va permettre de mieux rémunérer cet acte.

Son montant est cependant souvent comparé avec celui rémunérant l'acte effectué à la suite d'une fausse couche spontanée qui obéit aux modalités de tarification de la T2A. Le fait que sa cotation soit supérieure alors que l'acte est techniquement similaire est généralement critiqué.

**La question de la revalorisation du forfait rémunérant l'IVG est, en effet, essentielle tant pour éviter ou freiner le désengagement des établissements de santé, que pour garantir un accompagnement suffisant aux femmes** demandant une IVG, en particulier celles qui sont dans une situation précaire, cumulent les difficultés et ont besoin d'un soutien psychologique adapté.

Dès lors, une réflexion devrait être lancée sur le principe même du mode de tarification des actes d'IVG et leur éventuelle intégration dans le système de la tarification à l'activité.

## **2. La formation des médecins**

### ***a) Le renouvellement des générations « militantes »***

La génération des médecins qui a mis en œuvre la loi Veil et qui est à l'origine de la création des centres autonomes d'IVG va prochainement partir à la retraite. La relève de ces médecins n'est pas assurée pour la pratique d'un acte considéré trop souvent comme peu attractif.

Les conséquences en termes de nombre de praticiens effectuant des IVG vont être amplifiées par le faible renouvellement des gynécologues, notamment des gynécologues médicaux. Depuis le rétablissement du Diplôme d'Études Supérieures de gynécologie médicale en 2003 (qui avait été supprimé en 1986), une vingtaine de praticiens sont formés chaque année. Il y a aujourd'hui, en moyenne, 7,5 gynécologues pour 100 000 femmes (22 pour 100 000 à Paris) et des départements dans lesquels il n'y en a aucun. Ces praticiens étant d'un âge moyen de 53 ans de nombreux départs à la retraite auront lieu en 2020.

Or, les gynécologues sont très majoritaires parmi les médecins pratiquant des IVG médicamenteuses ; leur diminution ne peut que freiner l'accès à celle-ci qui est déjà insuffisant en médecine de ville.

### ***b) La formation à la contraception et à l'IVG***

Le bon accès à l'IVG – et à la contraception – suppose un maillage de proximité le plus efficient possible. Le rôle du médecin, et en premier lieu du généraliste, est ici primordial. Or, au cours des études de médecine, un nombre très restreint d'heures de cours, qui plus est facultatives, est consacré à la contraception et à l'IVG. La formation médicale continue, ne pallie pas cette situation.

Pour répondre aux besoins de formation, la faculté de médecine Paris Descartes (comme celle de Grenoble) a créé en 2005 (aujourd'hui en collaboration avec l'Université de Paris XI), un Diplôme Inter Universitaire : Régulation des naissances qui porte sur la socio-épidémiologie, la contraception, l'IVG et la prévention des risques liés à la sexualité. Ce cursus accueille annuellement, en formation initiale ou en formation continue, une trentaine d'étudiants, médecins, internes en médecine générale et internes de spécialité, sages-femmes, psychologues qui effectuent leur stage dans des centres d'IVG ou de planification familiale.

La création de ce type de diplôme devrait être encouragée.

### III. LA CONTRACEPTION : MIEUX INFORMER ET MIEUX PRESCRIRE

La délégation aux droits des femmes demandait en novembre 2005 que *« soit lancée le plus vite possible une nouvelle campagne d'information sur la contraception afin de mieux faire connaître la variété de méthodes contraceptives à la disposition des femmes »*.

En effet, ces campagnes n'étaient plus organisées régulièrement. Les nécessités de la lutte contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles avaient pris le pas dans les messages diffusés.

Pourtant, les besoins d'une meilleure information sur la contraception et sur les évolutions des méthodes contraceptives étaient tout à fait indispensables et la Délégation se félicite du lancement de la campagne triennale qui a démarré en 2007.

#### A. LA RELANCE DE CAMPAGNES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

##### 1. Un des facteurs des recours à l'IVG : l'échec contraceptif

**Deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser un moyen contraceptif.**

Parmi les facteurs qui expliquent les échecs contraceptifs, à la mauvaise utilisation du préservatif, notamment chez les jeunes, s'ajoutent les oublis de pilule. Plus d'une femme sur cinq utilisant la pilule (21 %) déclare l'oublier au moins une fois par mois. Ce pourcentage monte à 27 % pour les jeunes femmes de 21 à 30 ans <sup>(1)</sup>.

L'effet de lassitude face à la prise quotidienne d'un comprimé dans un contexte qui n'est plus celui des débuts de la contraception joue fortement chez les jeunes femmes.

La contraception hormonale étant entrée dans les mœurs et inscrite dans les pratiques courantes, la pilule n'est plus investie du même enjeu qu'il y a quelques dizaines d'années et, en conséquence, est souvent vécue plus comme une contrainte que comme une libération. Or, la motivation conditionne l'efficacité réelle de la contraception.

En sens inverse, des jeunes filles surestimant, par méconnaissance, les effets négatifs de la pilule préfèrent recourir à des moyens de contraception peu efficaces accroissant ainsi le risque d'une grossesse non désirée.

---

(1) Les « Français et la contraception » INPES février 2007.

## **2. Une contraception adaptée pour une contraception efficace**

Une première campagne « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit », s'est appuyée sur une étude de l'INPES qui regroupait des données sur les pratiques et les représentations de la contraception en France.

Celle-ci montrait que l'on se trouvait dans la situation paradoxale déjà évoquée : un des taux d'utilisation de contraceptifs les plus importants et en même temps un nombre stable d'IVG, des difficultés pour la prise quotidienne des contraceptifs et en matière de choix de celui-ci et finalement un usage très approximatif de la contraception et une connaissance assez faible des méthodes de rattrapage en cas d'échec de la contraception.

**Un quasi-stéréotype s'est installé : on entre dans la sexualité avec un préservatif, on s'installe dans une relation stable en utilisant la pilule et enfin, une fois les enfants nés on utilise un stérilet.**

Plus précisément, la pilule demeure le moyen contraceptif le plus utilisé (58 %) des femmes, le stérilet est utilisé par 24 % d'entre elles, essentiellement les femmes de 35 ans et plus, tandis que l'usage du préservatif masculin ne concerne que 11 % d'entre elles.

**Or, il y a eu une très grande diversification des méthodes de contraception sans que l'état des connaissances de la population suive cette évolution des techniques :** patch contraceptif, implant contraceptif, anneau vaginal, diaphragme, cape cervicale, spermicides, préservatif féminin. La pilule fait l'objet d'une utilisation « de principe » alors qu'elle n'est pas forcément la mieux adaptée à la situation individuelle et au mode de vie de l'intéressée.

Ces constats ont donc conduit l'INPES à élaborer une première campagne d'information autour du choix d'une contraception qui pour être efficace doit être la mieux adaptée.

## **B. LES JEUNES ET LA CONTRACEPTION**

La campagne nationale d'information sur la contraception lancée en 2007 a été recentrée pour 2008 sur les publics jeunes, garçons et filles, en inscrivant la contraception dans le cadre de l'information sur les thèmes de la sexualité, de la vie sentimentale et de la contraception.

L'amélioration de l'éducation et de l'information des adolescentes sur ces questions sont indispensables au moment où elles débent leur vie sexuelle ; elle est aussi le gage d'une bonne gestion ultérieure de leur fécondité.

Mais l'information ne suffit pas ; il faut aussi pouvoir se procurer aisément des contraceptifs.



Le taux d'IVG relevé chez les jeunes filles et sa progression a conduit le Haut conseil de la population et de la famille <sup>(1)</sup> à préconiser une réorientation de la politique suivie en France vers la prévention, en facilitant l'accès à la contraception. Or, les méthodes les plus efficaces ne sont pas toujours adaptées aux modes de vie des jeunes, par exemple à celui des étudiants, ni à une activité sexuelle irrégulière. Le rapport Nisand a souligné la difficulté qu'il y avait à promouvoir chez les jeunes une contraception qui fasse partie de la vie de tous les jours.

## **1. Garantir l'accès des jeunes à la contraception**

L'article 24 de la loi du 4 juillet 2001 a prévu que « *Le consentement des titulaires de l'autorité parentale, ou le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptif aux personnes mineures* ». Sa mise en œuvre effective suppose que l'accès à la contraception soit anonyme et pris en charge financièrement pour les mineures.

### ***a) Les centres de planification ne constituent pas partout une réponse***

L'accès à la contraception est gratuit pour les mineures dans les centres de planification et d'éducation familiale. Les 1 196 sites de CPEF leur ouvrent l'accès à la contraception de façon gratuite et anonyme.

Mais leur répartition sur le territoire est très inégale : certaines zones sont mal couvertes ; d'autres, comme à Paris et en grande couronne, offrent un accès insuffisant, en particulier pour les villes autour de Paris qui concentrent une population jeune.

Par ailleurs, leurs horaires d'ouverture, comme cela a été souligné lors des auditions, ne sont souvent pas adaptés à ceux des élèves.

### ***b) Il faut assurer la prise en charge des contraceptifs pour les mineures***

Le rapport Nisand avait mis en avant le fait que l'IVG et la contraception d'urgence étaient devenus anonymes et gratuits pour les mineures « *alors que la contraception orale, le choix préventif le plus efficace, reste toujours payante, ou remboursable sur la sécurité sociale des parents, ce qui restreint les possibilités de confidentialité pourtant nécessaires à cet âge. Le choix de la France apparaît donc mal adapté puisqu'il est exclusivement curatif au lieu d'être surtout préventif.* »

---

(1) HCPF, pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures, Israël Nisand et Laurent Toulemon, décembre 2006.

La question de **l'organisation d'un accès à la contraception gratuit et anonyme pour les mineures** devrait effectivement être posée ainsi que celle, plus générale, du **remboursement des contraceptifs très utilisés comme les pilules micro-dosées** <sup>(1)</sup>.

## **2. Généraliser l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire**

### ***a) La mise en place d'un partenariat avec l'INPES pour la diffusion de l'information sur la contraception***

La brochure « questions d'ados » a été diffusée aux conseillers techniques auprès de chaque recteur et auprès de chaque inspecteur d'académie en leur demandant de cibler la diffusion en direction des lycées.

Ces brochures ont été distribuées à ces niveaux de responsabilité pour qu'ils puissent informer les établissements scolaires sur les possibilités de diffuser cette brochure et de mener des actions de prévention notamment par l'intermédiaire des infirmières scolaires. Néanmoins, une certaine initiative et appréciation ont été laissées aux chefs d'établissements et aux conseils d'administration, par mesure de prudence. Une seule réaction a été notée, dans un département d'outre-mer.

Une deuxième diffusion de la brochure par l'INPES a eu lieu fin mai, avec une lettre d'accompagnement du directeur général de l'institut, à toutes les infirmières scolaires donc, cette fois, directement auprès des établissements scolaires. Cette diffusion était accompagnée de la brochure « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit ». Les établissements scolaires ont la possibilité d'en demander de nouveaux exemplaires gratuitement grâce à une convention passée avec l'INPES.

### ***b) L'éducation à la sexualité***

La loi du 4 juillet 2001 a conféré à l'éducation nationale une véritable mission d'éducation à la sexualité. Au moins trois séances annuelles d'information doivent y être consacrées dans les écoles, les collèges et les lycées par groupes d'âge homogènes.

L'éducation nationale s'est attachée à mettre en place ces séances et à inscrire l'éducation à la sexualité dans les programmes du primaire et du secondaire. Des professionnels de centres de planification ou des professionnels de santé peuvent être associés à ces séances.

Il a été signalé à la Délégation que **ces interventions n'étaient pas financièrement prises en charge pour ces intervenants extérieurs des centres de planification, par exemple, quand elles se déroulent dans les locaux scolaires.**

---

(1) Remboursement des contraceptifs. Cf. annexes, document V.

Le bilan tiré à l'appui du Plan santé des jeunes, des actions de prévention organisées en milieu scolaire montre que la pratique reste insuffisante : « de contenu et de qualité inégaux, ces séances ciblées (sur la contraception ou sur d'autres sujets de santé) rencontrent des difficultés de mise en œuvre ».

**La création d'un indicateur chiffré dans la loi de finances sur l'éducation à la sexualité dans le secondaire** permettrait un meilleur contrôle de la mise en place effective de ces actions.

Par ailleurs, en conséquence du bilan dressé des actions de prévention en milieu scolaire, le plan santé des jeunes envisage de mettre en place un module de prévention santé qui inclurait les questions de contraception.

La coordination des actions de prévention dans le milieu scolaire pour en faciliter l'organisation est sans doute une bonne chose ; **il ne faudrait pas cependant qu'elle aboutisse à ne plus accorder la même attention aux questions de contraception.**

### *c) Le bilan de l'installation de distributeurs de préservatifs*

Des distributeurs de préservatifs ont été installés dans les établissements scolaires. Près de 97 % des établissements en sont équipés et près de 70 % en sont dotés de deux ce qui représente un budget de 1,6 millions d'euros.

Cependant, on constate que la consommation issue de ces distributeurs est peu importante. C'est la raison pour laquelle les fabricants de distributeurs étaient peu enclins à les installer. Ces derniers sont cependant un signe visible que les établissements sont concernés par la question de la contraception même si la sensibilisation et l'information dans le cadre de la prévention sont les plus efficaces.

## **3. Renforcer le rôle de la médecine préventive universitaire**

Les universités sont des lieux privilégiés pour informer un large nombre de jeunes et mieux prendre en charge leur accès à la contraception.

Les services de médecine préventive universitaire et les mutuelles étudiantes sont d'ailleurs des partenaires privilégiés dans l'organisation de la campagne de contraception, comme support de diffusion.

Les missions des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé viennent d'être récemment réformées (Décret n° 2008-1026 du 10 octobre 2008). **En application de ce décret, il leur est permis de se transformer en centres de santé.** Actuellement seules quelques universités en sont dotées.

Cette évolution, qui doit assurer un meilleur accès des étudiants aux professionnels de santé, devrait permettre notamment de leur ouvrir un accès aux

gynécologues. Comme cela a été souligné par les mutuelles entendues par la Délégation, il est très difficile dans les villes universitaires, d'obtenir un rendez-vous chez ces spécialistes qui ont généralement une clientèle déjà constituée et qui exercent peu souvent en secteur I.

La création de centres de santé permettra aussi l'accès à la contraception d'urgence qui devrait être organisée dans ces services, en partenariat avec les conseils généraux, à l'image de ce qui se fait dans les lycées.

## **C. LA CONTRACEPTION D'URGENCE**

### **1. Une solution pour faire face à une situation d'urgence**

Plus d'une femme sur dix a déjà eu recours à la contraception d'urgence à la suite :

- d'un problème de préservatif (dans 32,5 % des cas) ;
- d'un oubli de pilule (dans 24,9 % des cas) ;
- de rapports sexuels non protégés (dans 21,8 % des cas).

**Son utilisation s'est fortement développée** avec l'accessibilité directe en pharmacie sans prescription médicale dès 1999, puis sa prise en charge par l'assurance maladie à partir de 2001.

Plus d'un million de comprimés de Norlévo (la pilule du lendemain) ont été vendus en 2006, surtout à des jeunes femmes sans que, généralement, une utilisation répétée ait été repérée.

### **2. L'accès à la contraception d'urgence a été organisé pour les mineures**

#### ***a) L'organisation de la prise en charge pour les mineures***

L'accès des mineures à la contraception d'urgence a été organisé par la loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence, en permettant que celle-ci leur soit **délivrée en pharmacie, de façon gratuite et anonyme**.

Après une première période de mise en place, le système de prise en charge est aujourd'hui regardé comme globalement satisfaisant, même si dans les très petites agglomérations le manque de confidentialité peut toujours constituer un frein.

#### ***b) Les missions de l'Éducation nationale***

La loi du 13 décembre 2000 a également élargi l'accès à la contraception d'urgence pour jeunes filles en autorisant sa délivrance, en milieu scolaire, par les

infirmières de l'éducation nationale : « *Si aucun médecin ou centre n'est immédiatement accessible et si l'élève est dans une situation de détresse caractérisée, l'infirmière ou l'infirmier, pourra à titre exceptionnel, administrer la contraception d'urgence à l'élève concernée aux fins de permettre d'éviter une grossesse non désirée à un âge précoce* ».

Chaque année, un bilan est dressé par l'Éducation nationale, des demandes et des délivrances du Norlévo <sup>(1)</sup>.

**La contraception d'urgence est surtout délivrée aux élèves mineures des lycées.**

Pour 2006-2007, 14 268 élèves en ont fait la demande, dont 11 233 mineures (soit 78,7 % des demandes). Une fois la demande formulée, dans la quasi-totalité des cas (81 %), le Norlévo est délivré directement par les infirmières, ce qui correspond bien à l'objectif poursuivi et permet au même moment le dialogue avec l'élève et son information sur la contraception.

**Il reste que l'élève doit pouvoir s'adresser facilement et rapidement dans son établissement à un professionnel de santé.**

Le nombre des infirmières scolaires a été fortement accru depuis trois ans : trois cents postes d'infirmières ont été créés chaque année et six cents postes sont prévus pour les deux années à venir, pour mieux répondre aux besoins. Parallèlement, le nombre de médecins de l'éducation nationale a diminué (1 170 médecins de secteur), ce qui représente un taux d'encadrement de 1/1 830 élèves en 2007.

Dans les lycées, les infirmières travaillent souvent à temps plein ; elles sont obligatoirement présentes dans les ZEP et lorsqu'il y a un internat. Dans les autres établissements cependant, la situation est plus contrastée. Il y a en moyenne une infirmière pour deux collèges mais cette infirmière a également en charge les écoles primaires des zones de recrutement de ces établissements.

---

(1) Cf. annexe, Tableau VI.

## TRAVAUX DE LA DÉLÉGATION

La Délégation aux droits des femmes a examiné le présent rapport d'information, au cours de sa réunion du mardi 21 octobre 2008.

Un débat a suivi l'exposé de la rapporteure.

**Mme Danielle Bousquet** a souligné que 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.

**La rapporteure** a précisé qu'elle déposera un amendement sur ce point. Il faut préciser que 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** a rappelé que l'on ne formait plus que vingt à trente gynécologues médicaux chaque année et qu'allait se poser la question de l'accès direct aux gynécologues sans passer, au préalable, par le médecin traitant. Elle a ensuite souligné la situation des femmes malades du VIH et leur difficulté pour se faire suivre par un gynécologue et la faiblesse des moyens consacrés à la recherche fondamentale sur le Sida, à l'exception de ceux concentrés sur la recherche d'un vaccin.

**Mme Danielle Bousquet** s'est demandée s'il ne faudrait pas pénaliser les hôpitaux qui n'organisent pas la prise en charge des IVG comme la loi leur en fait l'obligation.

**La présidente** a relevé le nombre élevé d'IVG dans la tranche des femmes autour de trente ans et a rappelé l'importance de la communication sur la contraception. 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** a fait part de questions sur le rôle de sages-femmes qui chercheraient à effectuer des accouchements à domicile et s'est étonnée de propos qui tendraient à faire de la contraception d'urgence un mode régulier de contraception.

**La rapporteure** a répondu que cela n'était 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 présent rapport d'information et les recommandations suivantes :

## RECOMMANDATIONS ADOPTÉES

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 effectuées 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.**



## ANNEXES

### Tableau I

**NOMBRE D'IVG PAR AN POUR 1 000 FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS  
DANS QUELQUES PAYS D'EUROPE EN 2003**

Taux d'avortement	Pour 1 000 par an	Par femme au cours de la vie (estimation)
Grèce	4,3	0,1
Belgique	6,4	0,2
Espagne	7,3	0,3
Allemagne	6,5	0,2
Pays-Bas	7,4	0,3
Suisse	5,9	0,2
Finlande	9,0	0,3
Italie (2000)	9,6	0,3
Danemark	12,5	0,4
République tchèque	10,6	0,4
Royaume-Uni (2000)	13,4	0,5
France	14,1	0,5
Suède	17,2	0,6
Slovaquie (2002)	15,3	0,5
Slovénie	13,7	0,5
Lituanie	12,9	0,5
Hongrie	22,0	0,8
Lettonie	24,6	0,9
Estonie	31,2	1,1

*Sources : OMS-division de la population des Nations unies ; OMS-HFA ; DREES pour les données françaises. D'après Vilain 2006. Les taux d'avortement par an sont convertis en taux d'avortement au cours de la vie en les multipliant par 35 pour 1000 (de 15 à 49 ans)*

— II —

**PRINCIPALES DISPOSITIONS DE LA LOI N° 2001-588 DU 4 JUILLET 2001 RELATIVE A  
L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ET A LA CONTRACEPTION**

— Allongement du délai légal pour recourir à une IVG de dix à douze semaines de grossesse (quatorze semaines d'aménorrhée) ;

— Possibilité de pratiquer des IVG médicamenteuses en dehors des établissements hospitaliers, en médecine de ville ;

Cette méthode est autorisée jusqu'à sept semaines de grossesse en établissement de santé et jusqu'à cinq semaines en médecine de ville ;

Le médecin de ville doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée soit, par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique soit, par une pratique des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé (d'où l'importance de l'accueil des internes dans les centres autonomes).

Il doit, enfin, être conventionné avec un établissement de santé pour garantir la continuité de la prise en charge.

— Suppression de l'autorisation parentale pour les mineures demandant une IVG et présence requise d'un adulte référent ;

— L'entretien social préalable à l'IVG devient facultatif pour les personnes majeures (maintien de son caractère obligatoire pour les mineures) ;

— Les médecins libéraux peuvent prescrire une contraception à une mineure sans autorisation parentale ;

**Tableau III**

**ÉVOLUTION SUR TROIS ANS DE LA RÉPARTITION DU DÉLAI (EN JOURS)  
POUR LA PRISE EN CHARGE DES IVG DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES  
(\* (MÉDIANE, 1ER QUANTILE, 3E QUANTILE)**

	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Secteur public	10 [8 ;15]	10 [8 ;15]	11 [8 ;15]	11 [7 ;15]
Secteur privé	10 [7 ;11]	9 [7 ;15]	9 [7 ;14]	8 [7 ;10]
Tout secteur	10 [8 ;15]	10 [8 ;15]	10 [8 ;15]	10 [7 ;15]

*(\*) délai entre la date de la demande et la date de l'IVG*

*Champ : France métropolitaine – Sources : SAE*

Lecture : En 2005, la moitié des établissements déclarent un délai supérieur à 10 jours et la moitié un délai inférieur. 25 % des IVG sont réalisées dans les 7 jours suivant la date de la demande et 25 % au-delà de 15 jours.

**Tableau IV**

**RÉPARTITION DES IVG ENTRE SECTEUR PUBLIC ET SECTEUR PRIVÉ EN ÎLE-DE-FRANCE**

<b>Statut des établissements</b>	<b>Nombre d'établissements</b>	<b>Part des établissements</b>	<b>Nombre d'IVG</b>	<b>Part des IVG</b>
Privé lucratif	61	49 %	22 078	39 %
Privé PSPH	9	7 %	3 365	6 %
Public AP-HP	19	15 %	16 324	29 %
Public hors AP-HP	35	29 %	14 488	26 %
Total	124	100 %	56 255	100 %

*Source : SAE 2006*

*DRASS, Ile-de-France, mars 2008*

## REMBOURSEMENT DES CONTRACEPTIFS

### **Remboursés par la Sécurité sociale (hors prise en charge par les mutuelles) :**

- La pilule contraceptive (65 % ou non remboursé selon le type de pilule)

Des pilules dites de la « deuxième génération » sont remboursées. Ce n'est pas le cas des pilules dites de la « troisième génération » contenant un progestatif peu ou pas androgénique.

- L'implant contraceptif (65 %)
- Le stérilet (65 %)
- Le diaphragme (33 ou 42 euros ; remboursé sur la base de 3,14 euros)

### **Non remboursés :**

- Le patch contraceptif (15 euros par mois)
- L'anneau vaginal (15 euros par mois)
- La cape cervicale (35 ou 52 euros par mois)
- Les spermicides
- Les préservatifs masculins et féminins

**Tableau VI**  
**DÉLIVRANCE DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN MILIEU SCOLAIRE**

<b>Année scolaire 2001/2002</b>	<b>Année scolaire 2002/2003</b>	<b>Année scolaire 2003/2004</b>	<b>Année scolaire 2004/2005</b>	<b>Année scolaire 2005/2006</b>	<b>Année scolaire 2006/2007</b>
Bilan sur <b>30</b> académies de septembre 2001 à juin 2002	Bilan sur <b>24</b> académies de septembre 2003 à juin 2004	Bilan sur <b>30</b> académies de septembre 2003 à juin 2004	Bilan sur <b>29</b> académies de septembre 2004 à juin 2005	Bilan sur <b>29</b> académies de septembre 2005 à juin 2006	Bilan sur <b>30</b> académies de septembre 2006 à juin 2007
<b>Demandes de contraception</b>	<b>Demandes de contraception</b>	<b>Demandes de contraception</b>	<b>Demandes de contraception</b>	<b>Demandes de contraception</b>	<b>Demandes de contraception</b>
<b>15 171</b> élèves	<b>12 039</b> élèves	<b>16 347</b> élèves	<b>14 605</b> élèves	<b>14 264</b> élèves	<b>14 268</b> élèves
11 257 mineures soit <b>74,2 %</b>	9 034 mineures soit <b>75 %</b>	12 309 mineures soit <b>75 %</b>	9 095 mineures soit <b>78,4 %</b>	11 220 mineures soit <b>78,6 %</b>	11 223 mineures soit <b>78,7 %</b>
3 914 Majeures soit <b>25,8 %</b>	3 005 majeures soit <b>25 %</b>	4 038 majeures soit <b>25 %</b>	3 155 majeures soit <b>21,6 %</b>	3 045 majeures soit <b>21,4 %</b>	3 045 majeures soit <b>21,3 %</b>
Délivrance du Norlévo par les infirmier(ères)	Délivrance du Norlévo par les infirmier(ères)	Délivrance du Norlévo par les infirmier(ères)	Délivrance du Norlévo par les infirmier(ères)	Délivrance du Norlévo par les infirmier(ères)	Délivrance du Norlévo par les infirmier(ères)
à <b>5 826</b> élèves soit <b>59,8 %</b> des cas	à <b>4 520</b> élèves soit <b>55,2 %</b> des cas	à <b>8 535</b> élèves soit <b>71 %</b> des cas	à <b>8 619</b> élèves soit <b>74,4 %</b> des cas	à <b>8 836</b> élèves soit <b>80,2 %</b> des cas	à <b>9 672</b> élèves soit <b>81,1 %</b> des cas



## LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- M. Philippe Lamoureux, directeur général et Mme Aurélie Martzel, chef du département communication de l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (INPES) ;
- Mmes Françoise Laurant, présidente du Mouvement Français pour le Planning Familial, Marie-Pierre Martinet, secrétaire générale, Danielle Gaudry, membre de la commission IVG et Catherine El Mghazli, membre de la commission contraception ;
- Dr Jean-Claude Magnier, responsable de l’unité fonctionnelle orthogénie-IVG de l’Hôpital Bicêtre ;
- Mme Nadine Neulat, Direction générale de l’enseignement scolaire, ministère de l’Éducation nationale ;
- Mme Maya Surduts, porte-parole du Collectif national pour les droits des femmes (CADAC) ;
- Professeur Jacques Lansac, président du Collège National des Gynécologues et des Obstétriciens Français (CGNOF) ;
- Dr Corinne Cohen Vaillant, coordinatrice du Groupe National d’Information et d’Éducation Sexuelle (GNIES) et membre du bureau national du syndicat national des médecins scolaires et universitaires ;
- Dr Philippe Nottin, gynécologue, en charge d’un centre de planification familiale, membre de la Ligue de l’enseignement ;
- Mme Sylvie Adam, administratrice de la FCPE, membre de la commission santé ;
- M. Damien Berthilier, président de la Mutuelle des Étudiants (LMDE), Mme Thalia Breton et M. Nicolas Gougain, élus à la prévention, Mme Céline Martinez, directrice santé ;
- M. Cédric Chevalier, président de la mutuelle générale des étudiants de l’Est (MGEL) et Mme Émilie Brzakovic, chargée promotion santé ;
- Mme Monique Durand, présidente du Conseil régional de l’Ordre des pharmaciens pour la région Lorraine.
- Mme Elisabeth Viseux-Wahl, directrice de l’école de sages-femmes de Suresnes et Mme Sophie Guillaume, sage-femme au Centre hospitalier intercommunal de Poissy