

HCE
République Française

HAUT CONSEIL
à l'**EGALITE**
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 oeuvre des recommandations
formulées par le Haut Conseil à l'Egalité depuis 2013,
réalisé à l'occasion du 42ème anniversaire de la loi Veil*

publié le 17 janvier 2017

SYNTHESE

Dans son rapport paru en 2013, le Haut Conseil à l'Égalité alertait les pouvoirs publics sur l'existence d'obstacles juridiques et matériels dans l'accès à l'IVG, alors même que l'avortement est aujourd'hui un acte courant de la vie sexuelle et reproductive des femmes, puisque plus d'une sur trois y a recours dans sa vie. Le HCE avait alors formulé 35 recommandations pour garantir l'effectivité du droit à l'avortement qui concernait, d'une part, l'accès à l'information sur internet et, d'autre part, l'accès à l'IVG dans les territoires¹.

Depuis trois ans, un renforcement de l'arsenal juridique et règlementaire ainsi qu'un programme national d'actions ont permis la mise en œuvre, complète ou partielle, de plus des deux tiers des recommandations émises par le Haut Conseil à l'Égalité. Deux textes majeurs ont permis ces avancées : la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes et la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

1- Un droit clairement réaffirmé et renforcé

Symbole d'un droit jusque-là « à part », la notion de détresse comme une condition de recours à l'IVG² est supprimée.

Par ailleurs, la résolution du 26 novembre 2014 réaffirmant le droit fondamental à l'interruption volontaire de grossesse en France et en Europe a rappelé que le droit universel des femmes à disposer de leur corps est une condition indispensable pour la construction de l'égalité réelle entre les femmes et les hommes et d'une société de progrès. Elle réaffirme la nécessité de garantir l'accès des femmes à une information de qualité, à une contraception adaptée et à l'avortement sûr et légal. Cette prise de position, symbolique, marque un rappel nécessaire dans un contexte européen où les gouvernements espagnol, portugais et polonais ont tenté de restreindre ce droit.

2- Un accès à l'information facilité, une entrée dans le parcours simplifiée

L'entrée dans le parcours IVG est simplifiée avec la suppression du délai de réflexion de 7 jours entre les deux premières consultations³.

Pour la première fois, un programme national d'actions pour l'accès à l'IVG a été lancé, par la ministre de la Santé, Mme Marisol TOURAINE, en janvier 2015, attestant d'une prise en compte globale de toutes les mesures permettant une meilleure effectivité du droit à l'avortement. Les 8 actions de ce programme, correspondant toutes à des recommandations formulées par le HCE, prévoient le développement d'outils d'information sur l'IVG :

- le lancement en 2013, du site ivg.gouv.fr, amélioré en janvier 2016 afin de garantir une information fiable à toutes les femmes : il recueille en moyenne 65 000 visiteurs.euse.s par mois et figure en premier résultat sur les principaux moteurs de recherche pour la requête « IVG » ;

- le lancement, en septembre 2015, du **numéro unique d'information** (0 800 08 11 11), anonyme, gratuit et accessible 6 jours sur 7, géré par le Planning Familial (il recueille une large audience : 2000 appels par mois en moyenne, soit près de 24 000 appels dès la première année, bien au-delà de l'objectif initial fixé à 24 000 appels sur 3 ans). Une première **campagne d'information « IVG, mon corps, mon choix, mon droit »** a été menée : 79% des femmes ont particulièrement apprécié la campagne, 84% chez les moins de 25



¹ Haut Conseil à l'Égalité, Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet, 13 septembre 2013 - Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires, 7 novembre 2013

² Supprimée par la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, article 24

³ Supprimée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 82

ans ;

- la circulaire du 23 juillet 2015 rappelle aux Agences Régionales de Santé (ARS) qu'elles doivent s'assurer du fonctionnement effectif des permanences téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG pendant l'été et qu'elles disposent des informations actualisées concernant les services pratiquant des IVG ouverts pendant cette période ;

- le dossier-guide sur l'IVG publié et diffusé par les ARS, dont la version actuelle était jugée peu synthétique et abordable par les professionnel.le.s auditionné.e.s par le HCE en 2013, est par ailleurs en cours de refonte complète par la Direction générale de la Santé afin de proposer une version simplifiée. Ce document pourrait être mis à disposition dans des lieux publics afin d'en assurer une large diffusion.

Au-delà des recommandations du HCE, le Gouvernement a renforcé le délit d'entrave à l'IVG. Prévu dans le Code de la santé publique depuis 1993, le délit d'entrave visait, à l'origine, les commandos anti-IVG qui exerçaient une pression et des menaces sur les centres IVG et les femmes qui s'y rendaient. Ce délit a été élargi en 2014⁴ au fait de tenter d'empêcher une femme de s'informer sur l'avortement dans un hôpital ou un lieu ressource (comme le Planning Familial)⁵. Une proposition de loi relative au délit d'entrave et en cours d'examen au Parlement, pourrait venir conforter ce droit à une information fiable et objective.

3- Une offre de soin étendue

L'offre de proximité en matière d'IVG est améliorée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui permet aux sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses⁶ et aux centres de santé des IVG par aspiration (appelées également instrumentales ou chirurgicales sous anesthésie locale)⁷.

La confidentialité de l'acte pour les femmes qui le souhaitent (notamment mineures) et la gratuité de tous les actes associés à l'IVG (consultations, analyses, échographies, etc.)⁸ sont prévues par cette même loi.

4 - Un pilotage renforcé

Afin d'organiser la remontée des données, une « Commission sur les données et la connaissance de l'IVG » a été mise en place en juin 2015 et a produit un rapport « IVG : Etat des lieux et perspectives d'évolution du système d'information » en juillet 2016.

Le rôle phare des ARS en termes d'impulsion, suivi et évaluation en matière d'accès à l'IVG est rappelé dans la circulaire du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'IVG et à l'élaboration de plans régionaux dédiés. Marisol TOURAINE a par ailleurs réaffirmé, le 28 septembre dernier, son souhait que ces plans régionaux soient formalisés par les ARS d'ici la fin de l'année 2016.

En 2013, le HCE appelait à une coordination des acteur.rice.s, notamment hors établissement de santé, par la constitution de réseaux. La circulaire du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité, dans un cadre régional, réaffirme leur rôle pour améliorer l'accès à l'IVG.

Au total, sur les 35 recommandations émises par le HCE en 2013, 26 ont été mises en œuvre totalement ou partiellement et 9 sont restées sans suite.

⁴ Loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, article 25

⁵ La Cour de cassation a rendu une décision (Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 1 septembre 2015, 14-87.441) sur cette base et rejeté le pourvoi d'un homme condamné à 10 000 € d'amende pour entrave à l'IVG, qui avait prié dans la salle d'attente d'un centre du Planning Familial et exercé des pressions psychologiques sur les femmes venues s'informer

⁶ Loi du 26 janvier 2017 de modernisation de notre système de santé, article 127

⁷ Loi du 26 janvier 2017 de modernisation de notre système de santé, article 77

⁸ Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse, publié au JO le 8 mars 2016, entré en vigueur le 1^{er} avril 2016

Le Haut Conseil note avec satisfaction une mobilisation du Gouvernement pour améliorer l'accès à l'avortement et déstigmatiser les femmes qui y ont recours.

5- Un accès à l'IVG qui peut encore être conforté

Pour conforter le droit à l'avortement et assurer son plein accès pour toutes les femmes, le Haut Conseil appelle les pouvoirs publics à :

-> Poursuivre ces avancées par :

- la suppression de la « double » clause de conscience précisée dans l'article L.2212-8 du Code de la santé publique. La possibilité de recours à la « clause de conscience » est déjà accordée de manière générale à tout le personnel soignant pour l'ensemble des actes médicaux ;

- le développement de l'offre de proximité via la possibilité pour les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et les maisons médicales pluridisciplinaires de pouvoir pratiquer des IVG par aspiration, et la mise en place d'un moratoire sur la fermeture des centres IVG (plus de 130 établissements de santé pratiquant l'IVG entre 2001 et 2011) ;

- la suppression de la forfaitisation de l'IVG ;

- l'intégration de la question des sexualités, de la contraception et de l'IVG à la formation initiale et continue de l'ensemble des personnels partie-prenante de l'IVG (professionnel.le.s des secteurs médical, sanitaire, social, d'accueil, administratif et éducatif).

-> Garantir l'effectivité des obligations légales sur l'ensemble du territoire par la mise en place de testings (choix de la méthode chirurgicale ou médicamenteuse, accès à l'avortement entre 10 et 12 semaines de grossesse, confidentialité pour celles qui le souhaitent et gratuité de tous les actes, prise en charge des femmes séjournant de manière irrégulière en France). Le HCE sera attentif à la mise en œuvre des annonces faites par Marisol TOURAINE, ministre de la Santé, le 28 septembre 2016, concernant le déploiement de testings à partir de décembre 2016 pour évaluer les délais de recours, le niveau de l'information délivrée et l'accueil réservé.

Au vu des débats publics et politiques autour de ce texte et parce que le droit à l'avortement doit toujours être réaffirmé, **le Haut Conseil à l'Egalité rappelle qu'en dépit de nombreuses avancées depuis son rapport de 2013 et 42 ans après l'entrée en vigueur de la loi Veil, le droit à l'avortement doit encore être conforté et son accès mieux garanti.**

CHIFFRES CLES

- ◆ 1 femme sur 3 a recours à une IVG au cours de sa vie⁹
- ◆ En 2015, 218 100 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en France. Leur nombre est relativement stable depuis 2006 selon la DREES¹⁰
- ◆ Parmi elles : 50 % d'IVG instrumentales, 50 % d'IVG médicamenteuses
- ◆ 18 % des IVG sont désormais pratiquées en dehors d'une structure hospitalière

⁹ MAZUY Magali, TOULEMON Laurent, BARIL Élodie, *Population & Sociétés*, Janvier 2015

¹⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Etudes & Résultats*, Juin 2016

Bilan de la mise en œuvre

Des recommandations du Haut Conseil à l'Égalité depuis 2013

Tableau de bord produit et publié le 17 janvier 2017 par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

Parmi les 35 recommandations émises par le HCE depuis 2013 pour renforcer l'accès à l'IVG :

- 11 recommandations ont été mises en œuvre
- 15 recommandations ont été partiellement mises en œuvre ou sont en cours de mise en œuvre
- 9 recommandations n'ont pas été mises en œuvre

AXE 1 : DROIT : Faire de l'IVG un droit à part entière	
Remplacer dans l'article L2212-1 du Code de la santé publique autorisant l'avortement l'expression « La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse » par l'expression « La femme qui ne souhaite pas poursuivre une grossesse peut demander à un.e médecin de l'interrompre ».	OK Loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, article 24 « A la première phrase de l'article L. 2212-1 du même code, les mots : « que son état place dans une situation de détresse » sont remplacés par les mots : « qui ne veut pas poursuivre une grossesse ». »
Supprimer l'obligation du délai de réflexion de 7 jours prévu aujourd'hui entre les deux premières consultations nécessaires avec un.e médecin avant une IVG.	OK Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, article 82, modifiant l'article L2212-5 du CSP, supprime le délai de réflexion obligatoire d'une durée d'une semaine.
Supprimer de l'article L.2212-8 du Code de la santé publique la mention explicite de la clause de conscience formulée ainsi : « Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse », ainsi que pour les autres professionnel-le-s de santé mentionné-e-s dans le même article. La possibilité de recours à la « clause de conscience » est déjà accordée de manière générale à tout le personnel soignant pour l'ensemble des actes médicaux.	NON

AXE 2 : INFORMATION : Développer un dispositif global d'information et de communication afin de faciliter l'orientation et l'entrée dans le parcours des femmes	
Créer un site internet institutionnel dédié à l'avortement à destination des femmes et des professionnels.	<p>OK Octobre 2013 : création d'un site dédié ivg.gouv.fr</p> <p>Janvier 2016 : refonte globale du site « ivg.gouv.fr » pour en faire un outil plus grand public : recueil en moyenne 65 000 visiteurs par mois, figure désormais en 1er résultat sur les principaux moteurs de recherche pour la requête « IVG ».</p>
Mettre en place un numéro national « guichet unique » à quatre chiffres, anonyme et gratuit.	<p>OK Septembre 2015 : lancement du numéro national d'information (0800 08 11 11), anonyme, gratuit et accessible 6 jours sur 7 (large audience : plus de 20 000 appels traités depuis son lancement, bien au-delà de l'objectif initial fixé à 24 000 appels sur 3 ans).</p>
Mettre en place une « équipe IVG » de veille et d'animation gérant le site ivg.gouv.fr , les outils internet et le numéro de téléphone national.	<p>NON Dans le cadre de l'extension à l'information du délit d'entrave à l'IVG, la mise en place de cette équipe pourrait permettre d'assurer une veille de l'information disponible sur internet.</p>
Organiser la première campagne nationale d'information « Sexualités, contraception, avortement ».	<p>OK Septembre 2015 : lancement d'une première campagne d'information « IVG, mon corps, mon choix, mon droit » (79% des Françaises et 84% des femmes de moins de 25 ans ont particulièrement apprécié la campagne).</p> <p><i>Cette campagne pourrait être réitérée régulièrement.</i></p>
Affirmer le rôle des ARS dans l'organisation de l'information et la communication de proximité relative à l'IVG et à la contraception, en particulier <i>via</i> les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) sur les territoires départementaux.	<p>PARTIELLEMENT Circulaire DGOS R3/DGS/MC1 n°2015-245 du 23 juillet 2015 : « En termes d'information et d'orientation des femmes, il convient que les agences régionales de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantissent le fonctionnement effectif des permanences téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG pendant l'été ; - s'assurent que les permanences téléphoniques disposent des informations actualisées sur les services d'orthogénie ouverts pendant l'été, des listes et disponibilités des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), des centres de santé et des professionnels conventionnés pour pratiquer l'IVG

	<p>médicamenteuse en ville. »</p> <p>Circulaire DGOS/R3/DGS/SPI/2016/243 du 28 juillet 2016 : « L'article 158 de la loi du 26 janvier 2016 prévoit l'élaboration d'un plan régional pour l'accès à l'IVG prévu par les agences régionales de santé (...) : Mieux informer les femmes sur leurs droits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le soutien aux plateformes téléphoniques régionales - Le développement des outils d'information ». <p>Les circulaires se concentrent sur l'information via les plateformes téléphoniques.</p>
<p>Créer une version simplifiée du dossier-guide en collaboration avec les médecins et les associations.</p>	<p>OK Refonte complète en cours, avec simplification. Source : Direction générale de la santé (DGS).</p>

AXE 3 : OFFRE DE SOINS : Développer une offre de soins permettant aux femmes un accès rapide et de proximité à l'IVG, leur assurant une prise en charge et un accompagnement de qualité et leur garantissant le choix de la méthode, la gratuité et la confidentialité

Permettre un accès rapide et de proximité à l'IVG

Permettre à des professionnel-le-s qualifié-e-s, non médecins, de réaliser le premier rendez-vous et de délivrer la première attestation (infirmier.e.s, conseiller.e.s conjugal.e.s et familial, sages-femmes etc.).

OK
Avec la suppression du délai de réflexion, l'attestation n'a plus lieu d'être, sauf pour les mineur.e.s (délai de réflexion de 48 heures).

Permettre aux femmes majeures de remplir elles-mêmes l'attestation de première demande d'IVG, dans le cas de difficulté à obtenir le premier rendez-vous. Le formulaire d'auto déclaration sera disponible sur le site ivg.gouv.fr.

OK
Avec la suppression du délai de réflexion, l'attestation n'a plus lieu d'être, sauf pour les mineur.e.s (délai de réflexion de 48 heures).

Mettre en place un moratoire sur la fermeture des centres IVG. Faire respecter l'article R.2212-4 du code de la santé publique qui impose la pratique de l'IVG à tous les établissements disposant d'un service de gynécologie et/ou de chirurgie, en restaurant notamment l'activité d'IVG dans les établissements de santé dans lesquels elle a été arrêtée afin de revenir à une offre de proximité à la hauteur des besoins sur l'ensemble du territoire.

NON
Il apparaît encore essentiel de développer le nombre d'établissements pratiquant des IVG, ce qui nécessite l'impulsion des ARS.

Faire respecter l'article R.2212-4 du code de la santé publique qui dispose que tous les établissements publics doivent pratiquer l'IVG et ce jusqu'à 12 semaines de grossesse.

PARTIELLEMENT
Circulaire n° DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 : « (...) il est attendu des réseaux de santé en périnatalité qu'ils définissent un protocole, appelé « protocole régional d'urgence pour la prise en charge des demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 semaines de grossesse » qui permettent d'améliorer la réponse aux besoins identifiés sur les territoires. »

Selon les témoignages des associations de terrain, la prise en charge entre 10 et 12 semaines n'est pas assurée dans tous les établissements de santé. Le HCE recommande de pratiquer des testings dans les établissements publics mentionnés pour vérifier l'application dudit article.

Permettre l'IVG par aspiration sous anesthésie locale dans les **centres de santé**, les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), et les maisons médicales pluridisciplinaires.

PARTIELLEMENT
Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, article 77 modifiant l'article L6323-1 du CSP « Les centres de santé (...) peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code, selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé, dans le cadre d'une convention

	<p>conclue au titre de l'article L. 2212-2. »</p> <p>Mise en œuvre de l’item n° 6 du Programme national d’action pour l’accès à l’IVG : «Garantir une offre diversifiée sur tout le territoire : la possibilité pour les centres de santé de réaliser des IVG instrumentales »</p> <p>Le HCE préconise à nouveau que les IVG par aspiration puissent également être pratiquées dans les CPEF et les maisons médicales pluridisciplinaires.</p>
<p>Assurer une prise en charge de qualité de l’IVG par les structures et les médecins pratiquant l’IVG</p>	
<p>Attribuer à l’activité IVG, et contractuellement via les « Contrats de pôle », les moyens financiers nécessaires garantissant des locaux, un budget, une ligne téléphonique, des places en bloc opératoire réservées et la présence de personnels dédiés, qualifiés et formés à l’IVG et à la planification familiale.</p>	<p>NON</p>
<p>Supprimer la forfaitisation de l’IVG.</p>	<p>PARTIELLEMENT Séparation partielle : de la première et dernière consultation et du forfait médicaments.</p> <p>Les tarifs des IVG réalisées en établissements de santé ont été également revalorisés par l’arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l’interruption volontaire de grossesse, publié au JO le 8 mars 2016, entré en vigueur le 1^{er} avril 2016.</p>
<p>Généraliser le statut de Praticien Hospitalier Temps plein, Temps partiel ou Contractuel pour tous les médecins aptes à pratiquer l’IVG travaillant dans les établissements de santé publics et sans seuil de temps de présence minimal.</p>	<p>PARTIELLEMENT L’item n° 7 du Programme national d’action pour l’accès à l’IVG prévoyait de « garantir une offre diversifiée sur tout le territoire : Faciliter le recrutement des praticiens contractuels dans les établissements ». Cette mesure devait faire l’objet d’un décret en Conseil d’Etat.</p> <p>Le HCE réitère cette préconisation et appelle à une parution rapide dudit décret.</p>

Assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité	
<p>Inscrire les sexualités, la contraception et l'IVG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les formations en 1er, 2e et 3e cycle de spécialité et de médecine générale ; - Dans les orientations générales du développement professionnel continu (DPC) et dans les Diplômes Inter-Universitaires (DIU) sur le terrain « sexualités-contraception-IVG » ; - Dans les formations initiales de l'ensemble du personnel partie-prenante de l'IVG : sages-femmes, professionnel-le-s des secteurs sanitaire, social, d'accueil, administratif et éducatif 	<p>PARTIELLEMENT</p> <p>Formation continue : existence de DU / DIU de formation continue portant sur les sexualités, la contraception et l'IVG.</p> <p>Formation initiale : Par la réforme des études des sages-femmes de 2013 : création d'une unité d'étude intitulée « Gynécologie – santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation ».</p> <p>Un recensement des modules en formation initiale est nécessaire, en particulier pour les formations en médecine générale.</p>
<p>Informier régulièrement les professionnel.le.s amené.e.s par leur pratique à accueillir des femmes en demande d'IVG sur l'existence et les coordonnées des structures d'orientation et d'information, et sur l'organisation.</p>	<p>PARTIELLEMENT</p> <p>Circulaire DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 : « Le réseau contribue à la diffusion d'informations (...) à l'intention des professionnels et du grand public : Identifie les ressources disponibles pour la prise en charge des IVG (notamment celles pour lesquelles le terme est compris entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée) »</p> <p>Circulaire DGOS/R3/DGS/SPI/2016/243 du 28 juillet 2016 : « Améliorer le parcours et permettre l'accès à une offre diversifiée : A cet effet, il faudrait se rapprocher des acteurs (...) professionnels de santé (médecins et sages-femmes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en communiquant les bonnes informations - en s'assurant de la bonne mise en place des procédures par l'ensemble des acteurs afin d'éviter les inégalités d'accès. » <p>Il serait nécessaire d'évaluer les informations déployées par les ARS et les formations mises en place.</p>
<p>Veiller à ce que toutes les structures et les médecins pratiquant les IVG en ville soient en mesure d'informer les femmes de la possibilité d'avoir un entretien avec un.e Conseiller.ère Conjugal.e et Familial.e (CCF), soit sur place, soit en leur communiquant une liste des contacts.</p>	<p>PARTIELLEMENT</p> <p>L'article. 2212-4 du code de la Santé publique prévoit que soit systématiquement proposé à la femme majeure, avant et après l'IVG, une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un EICCF, un CPEF, un service social ou un autre organisme agréé.</p>

Selon les témoignages des associations de terrain, cette information n'est pas systématiquement donnée aux femmes avant et après l'IVG. La mise en place de testings pourrait permettre d'évaluer l'effectivité de cette obligation.

Garantir le choix de la méthode

Assurer à toutes les femmes l'information sur l'ensemble des méthodes d'IVG.

PARTIELLEMENT

Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, article 127 : « Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement. »

Dans la pratique et d'après les témoignages des associations de terrain, ce choix n'est toujours pas garanti pour toutes les femmes. Le HCE recommande de pratiquer des testings dans les établissements de santé pratiquant des IVG pour vérifier l'application dudit article.

Assurer tous les choix de méthode dans chaque établissement de santé pratiquant l'IVG.

PARTIELLEMENT

Circulaire n° DGOS/R3/DGS/SPI/2016/243 du 28 juillet 2016 : « L'IVG en établissement de santé : Vous [les ARS] ne manquerez pas de maintenir votre attention sur la réalité de l'offre proposée et sur l'organisation de l'activité. En effet, vous devez veiller à ce que les établissements autorisés à l'activité d'obstétrique assurent cette offre. Vous devez vous assurer de la possibilité de recours à l'ensemble des méthodes. »

Dans la pratique et d'après les témoignages des associations de terrain, ce choix n'est toujours pas garanti dans tous les établissements pratiquant des IVG. Il semble nécessaire d'assurer un suivi des actions menées par les ARS auprès d'eux et de pratiquer des testings dans les établissements pour vérifier l'application de cette circulaire.

Garantir la confidentialité et la gratuité

Garantir la confidentialité en ne faisant pas apparaître sur les relevés de remboursement de l'Assurance Maladie : l'IVG, les actes associés et la participation forfaitaire, pour toute femme qui le souhaite

PARTIELLEMENT par la mise en œuvre de la circulaire n° DGS/DHOS/DSS/DREES/2004/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des

interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé :

« La facturation du forfait par le médecin : (...) la feuille de soins de la patiente, ainsi que le décompte de remboursement transmis à l'assurée par la caisse de sécurité sociale, seront aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de l'entourage de la femme. (...) Il incombe dès lors au médecin d'informer la patiente de ces modalités dès la première consultation préalable. »

En pratique, la confidentialité se heurte d'un côté à l'identitovigilance (qui consiste à vérifier l'identité des patient.e.s avant tout acte médical) et à l'informatisation croissante en établissements de santé, de l'autre à des difficultés de mise à jour des logiciels de gestion pour les professionnels libéraux (Dr Nora TENENBAUM, présidente de la CADAC).

En cas de complication liée à une IVG qui nécessite des actes supplémentaires en milieu hospitalier, la confidentialité ne reste alors pas toujours garantie. Le HCE recommande de pratiquer des testings dans les établissements de santé pratiquant des IVG pour vérifier l'application de cette circulaire.

Appliquer la prise en charge à 100% de l'IVG à tous les actes associés à l'IVG

OK

Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse, publié au JO le 8 mars 2016, entré en vigueur le 1^{er} avril 2016.

L'application de cette mesure nécessite d'être évaluée car certains actes sont encore difficilement remboursés. De plus certains praticien.ne.s pratiquent des dépassements d'honoraires (consultations, échographies, ...) qui pèsent sur les femmes.

Contrôler l'application de la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 demandant la prise en charge des soins urgents des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat et donner ainsi accès à l'IVG à toutes les femmes étrangères séjournant en France

PARTIELLEMENT

Circulaire DGOS R3/DGS/MC1 n° 2015-245 du 23 juillet 2015 : « En termes d'accès à la prise en charge et de qualité du service, il convient que les ARS :

- (...) assurent la prise en charge des femmes étrangères en situation irrégulière. A ce titre, il est rappelé qu'une

prise en charge au titre des soins urgents est possible. »

Selon les témoignages des associations de terrain, l'application de cette mesure dépend toutefois des établissements, certains étant sensibilisés à la question, grâce à la mobilisation d'acteur.rice.s sur le terrain (assistantes sociales dans les permanences d'accès aux soins de santé des hôpitaux) tandis que d'autres, plus récalcitrants, n'ont pas encore développé les protocoles nécessaires à l'accueil de ces femmes.

AXE 4 : GOUVERNANCE : Organiser un véritable suivi de l'activité, permettre la coordination des professionnel.le.s et engager des responsabilités en cas de dysfonctionnements

Au plan national	
Créer un « Plan National sexualités-contraception-IVG », véritable programme de santé publique doté de moyens dédiés et assorti d'un système d'évaluation.	<p>OK Programme national d'actions (3 axes regroupant 8 items) pour l'amélioration de l'accès à l'IVG lancé en janvier 2015.</p> <p>Pour un éventuel futur plan, le HCE rappelle l'importance de s'appuyer sur une évaluation du Plan actuel et de disposer de moyens dédiés.</p>
Créer un « Observatoire national sexualités-contraception-IVG », pérenne et indépendant, ayant pour mission l'observation de la pratique de l'IVG en France, l'évaluation de l'application des obligations légales et la généralisation des bonnes pratiques. Cet Observatoire organisera la synthèse des données issues des récents travaux d'enquêtes et d'études sur la prise en charge des IVG dans les territoires et analysera les informations statistiques de suivi de l'activité IVG.	<p>PARTIELLEMENT Mise en place en juin 2015 d'une Commission sur les données et la connaissance de l'interruption volontaire de grossesse, pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Parution en juillet 2016 d'un rapport intitulé « IVG : Etat des lieux et perspectives d'évolution du système d'information ».</p> <p>Au-delà des statistiques, le HCE réitère sa recommandation d'un Observatoire compilant des études locales et nationales, réalisant lui-même des enquêtes et qui puisse faire un état des lieux de la prise en charge des IVG dans les territoires.</p>
Faire réaliser des « testings » ponctuels pour apprécier les capacités de réponses opérationnelles du dispositif de prise en charge de l'IVG.	<p>OK Opérations de « testing » afin d'identifier d'éventuelles difficultés d'accès à l'IVG : délais de recours, niveau d'information délivré aux femmes au moment de la prise de rendez-vous, accueil réservé. Des questionnaires anonymes viendront compléter cette enquête par testing pour permettre d'évaluer la réalité de l'accès à l'IVG en France et de mesurer l'efficacité des actions engagées dans le cadre du Programme national d'action : annoncé par la ministre des Affaires sociales et de la santé pour décembre 2016.</p>
Formaliser un schéma d'organisation clarifiant les responsabilités et les modes d'évaluation en définissant les relations contractuelles entre le Ministère de la Santé, l'« Observatoire national sexualités-contraception-IVG », les ARS, les établissements de santé, et les collectivités territoriales.	<p>NON</p>

<p>Compléter le dispositif d'information pour disposer de l'ensemble des données nécessaires au suivi et à l'évaluation de la prise en charge de l'IVG, dans les statistiques suivies par les acteurs de l'IVG tout comme dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Délai entre la première prise de contact (plateforme téléphonique, professionnel.le.s, etc.) et le premier rendez-vous avec un.e professionnel.le délivrant l'attestation ; - Délai entre la date de planification du premier rendez-vous avec un.e professionnel.le délivrant l'attestation et ce premier rendez-vous ; - Délai entre le premier rendez-vous avec un.e professionnel.le délivrant l'attestation et la réalisation de l'IVG ; - Distance entre le lieu où l'intervention est pratiquée et le domicile de la femme ; - Nombre d'IVG non prises en charge ; - Nombre de médecins conventionnés et nombre d'IVG médicamenteuses réalisées par chacun.e ; - Personnel humain affecté à chaque centre d'IVG ; - Nombre d'IMG réalisées pour raison de santé de la femme ; - Rang de l'IVG et année de l'IVG précédente ; - Eléments sociodémographiques : situation face à l'emploi, situation conjugale, nombre de naissances antérieures, lieu de naissance. 	<p>PARTIELLEMENT</p> <p>Mise en place en juin 2015 d'une Commission sur les données et la connaissance de l'interruption volontaire de grossesse, pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Parution en juillet 2016 d'un rapport intitulé « IVG : Etat des lieux et perspectives d'évolution du système d'information ».</p> <p>Ce rapport fait état du besoin de relancer des enquêtes nationales et d'établir des remontées de données via un tableau de bord régional. Le HCE salue ce premier état des lieux et encourage à la poursuite des travaux de la Commission.</p>
<p>Financer des recherches sur l'IVG, et notamment sur les sujets peu connus aujourd'hui.</p>	<p>NON</p>
<p>Inviter le Parlement à inscrire l'accès à l'IVG dans son programme d'évaluation des politiques publiques.</p>	<p>NON</p>

<p>Au plan régional</p>	
<p>Exiger des ARS l'inscription de l'activité IVG dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) les liants aux établissements de santé et la mise en place d'un suivi et d'une évaluation réguliers.</p>	<p>NON</p> <p>Circulaire n° DGOS/R3/DGS/SPI/2016/243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse et à l'élaboration de plans régionaux : « Un plan régional IVG doit être élaboré par chaque ARS afin d'organiser une réponse adaptée aux différentes situations, en prenant en compte les enjeux d'accès aux soins sur les territoires et de qualité et sécurité des prises en charge. Dans l'objectif</p>

	<p>d'améliorer l'accès aux IVG, il convient d'assurer la coordination des différents acteurs, en veillant à la complémentarité de l'offre en établissements de santé et hors établissements de santé, avec accès aux différentes méthodes. »</p> <p>Selon les annonces faites par la ministre Marisol TOURAINE, les ARS doivent présenter un plan régional pour améliorer l'accès à l'IVG dans les territoires d'ici décembre 2016. Toutefois, selon les informations dont dispose le HCE, l'inscription d'un volet IVG dans les CPOM liant les ARS et les établissements de santé n'est pas systématiquement exigée.</p>
<p>Développer des « Commissions régionales sexualités-contraception- IVG» dédiées et indépendantes.</p> <p>Ces commissions auront pour rôle l'évaluation de la bonne application du droit sur le territoire régional et infrarégional. Composées de représentant-e-s des pouvoirs publics locaux, de professionnel.le.s, et d'associations, ces commissions seront le lieu d'échange entre les acteurs et actrices, sur la base des diagnostics locaux et de la recherche. Cette structure pourra également faire l'objet d'interpellations directes des femmes et des professionnel-le.s localement. Les travaux de ces commissions pourraient être centralisés par l'« Observatoire national sexualités-contraception-IVG ».</p>	<p>NON</p>
<p>Veiller à la coordination des acteurs, notamment hors établissement de santé, par la constitution ou le renforcement de réseaux opérationnels médicaux, médico-sociaux et sociaux, assurant la réalisation de l'activité dans les territoires et dotés d'un financement public.</p>	<p>PARTIELLEMENT</p> <p>Circulaire n° DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 : « (...) les réseaux de santé en périnatalité doivent être des acteurs au service des priorités nationales définies dans le domaine de la périnatalité. Leur implication est particulièrement attendue [pour] améliorer l'accès à l'IVG ».</p> <p>En dehors des réseaux de périnatalité, cette coordination des acteur.rice.s impliqué.e.s reste à approfondir.</p>

REMERCIEMENTS

Ce bilan de la mise en œuvre des recommandations du Haut Conseil à l'Égalité relatives à l'accès à l'IVG a été réalisé par la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » du HCE avec le concours de personnalités extérieures, et avec l'appui du Secrétariat général du HCE. Que l'ensemble de ces personnes en soient remerciées.

Membres de la Commission ayant participé aux travaux :

◆ **Geneviève COURAUD**, Présidente de la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » ◆ **Gilles LAZIMI**, Médecin chef du centre municipal de santé de Romainville (93) ◆ **Françoise LAURANT**, membre honoraire, Membre du bureau national de la Ligue de l'enseignement ◆ **Christine MAUGET**, membre du Bureau national du Planning Familial.

Personnalités extérieures consultées :

◆ **Mitsuo BAVAY**, Coordinateur de l'Association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC)
◆ **Nora TENENBAUM**, Présidente de la Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception (CADAC).

Pour le Secrétariat général du Haut Conseil :

◆ **Margaux COLLET**, Responsable des études et du suivi des travaux de la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » ◆ **Charlotte PERNEZ**, chargée de projet stagiaire ◆ **Claire GUIRAUD**, Secrétaire générale.