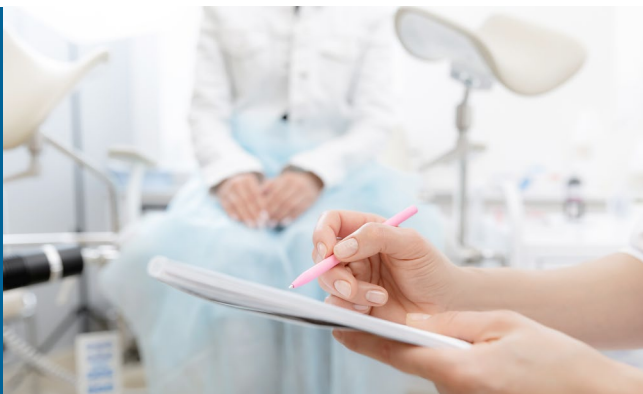


RAPPORT D'INFORMATION

IVG : UNE « LIBERTÉ GARANTIE »,
MAIS UN ACCÈS FRAGILE

Malgré la consécration constitutionnelle du 8 mars 2024, l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France demeure **fragile et inégal**.

À l'issue de ses travaux, la commission souligne l'importance d'assurer un **accès effectif à l'IVG** pour l'ensemble des patientes et dans tous les territoires. Elle formule, pour cela, **10 propositions**.



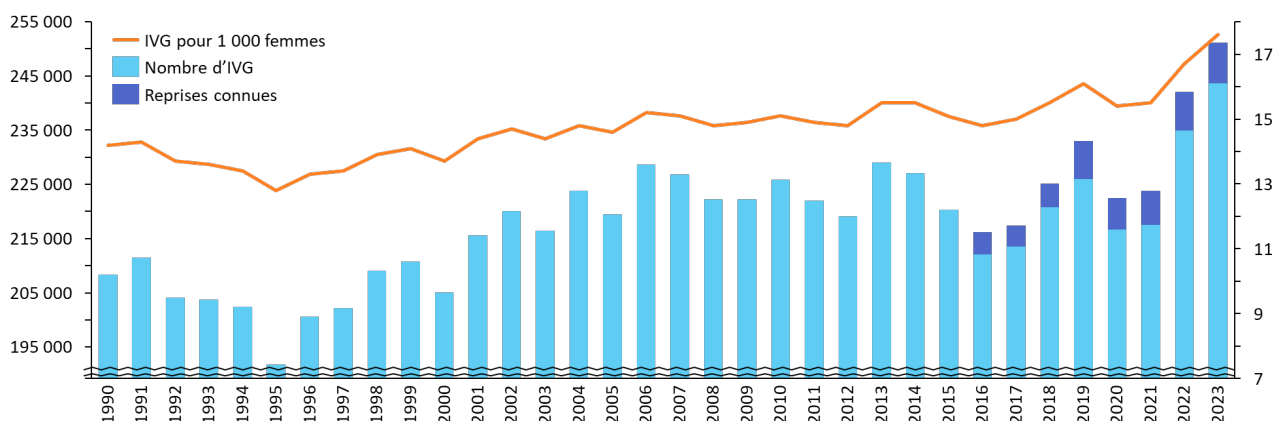
1. LES TRANSFORMATIONS RÉCENTES DU RECOURS À L'IVG

A. UN RECOURS CROISSANT, CONCENTRÉ DANS LES PREMIÈRES SEMAINES

1. Un taux de recours croissant et inégal selon les territoires

Le recours à l'IVG a **sensiblement augmenté en France depuis 1990**. Le nombre d'IVG recensées en 2023 s'élève, ainsi, à 243 600 contre près de 234 000 en 2022 et 226 000 en 2019. Le taux brut de recours à l'IVG parmi les femmes de 15 à 49 ans a également crû pour s'établir, en 2023, à 17,6 ‰, contre 15 ‰ en 2017 et 13,7 ‰ en 2000¹. Il s'agit du taux le plus élevé mesuré depuis 1990.

Nombre d'IVG recensées et taux de recours à l'IVG depuis 1990



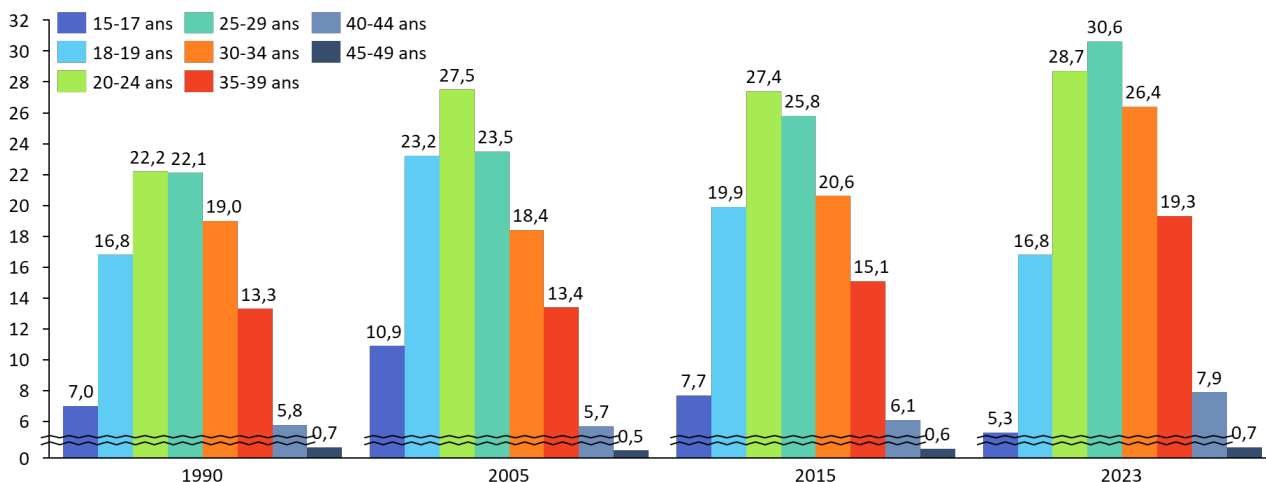
Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Drees (2024)

¹ Drees, « La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023 », septembre 2024, n° 1311. Les données brutes sont, depuis 2016, retranchées des « reprises », correspondant aux épisodes postérieurs du parcours de soins visant l'interruption de la même grossesse.



Les taux de recours à l'IVG les plus élevés sont observés chez les **femmes majeures ayant entre 20 et 34 ans**. S'ils ont augmenté dans chaque tranche d'âge en 2023 comme en 2022, l'essentiel de la hausse observée depuis 10 ans concerne les femmes âgées de plus de 25 ans. Les taux de recours chez les mineures demeurent faibles et inférieurs à ceux connus au milieu des années 2000.

Taux de recours à l'IVG selon l'âge en 1990, 2005, 2015 et 2023 (en ‰)

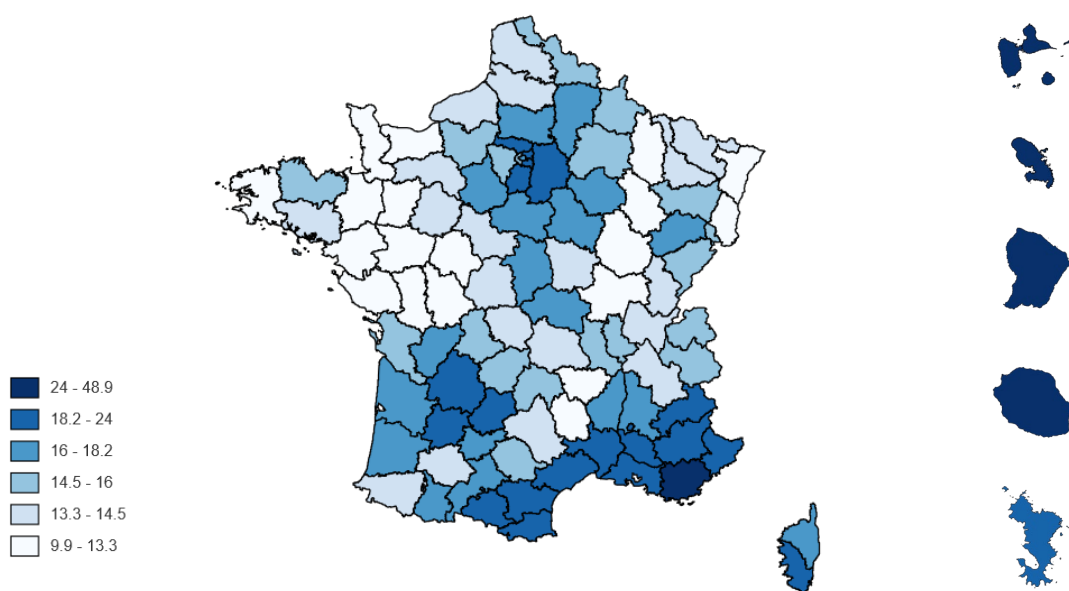


Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Drees (2024)

Les taux de recours à l'IVG, enfin, **diffèrent significativement d'un territoire à l'autre**. Si l'ensemble des régions hexagonales, les Antilles et La Réunion ont connu une hausse en 2023, le taux de recours global standardisé sur l'âge¹ demeure sensiblement plus élevé :

- dans les **départements et régions d'outre-mer (DROM)**, où il atteint 31,2 ‰, soit près du double de la France hexagonale ;
- parmi les régions hexagonales, en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** et en **Île-de-France**.

Taux de recours à l'IVG en 2023 selon le territoire pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Drees (2024)

¹ Soit le taux observé après neutralisation des écarts de structure d'âge entre territoires, construit par la Drees.

Un **taux particulièrement élevé de 46,7 %** est observé en Guyane. D'après la Drees¹ et le ministère de la santé², celui-ci pourrait s'expliquer par :

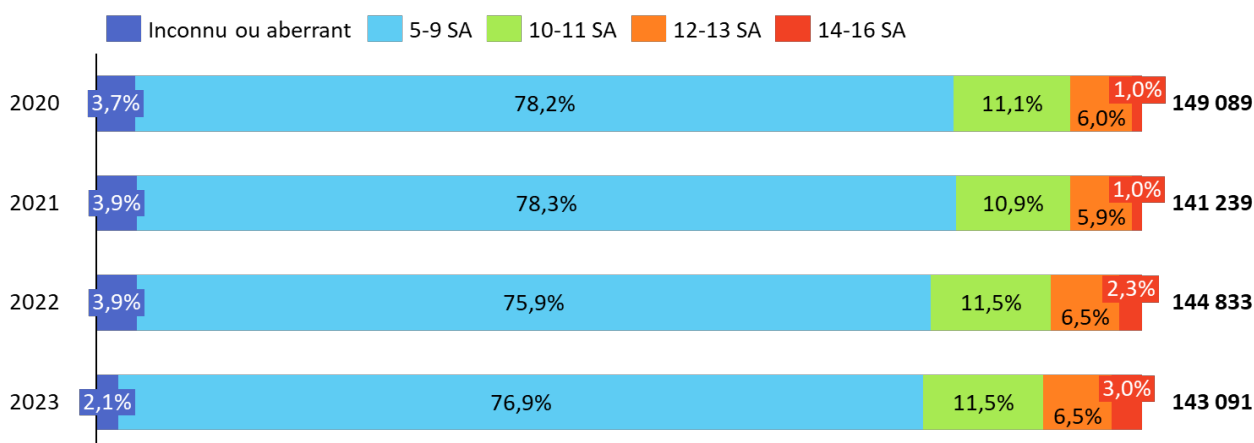
- la fréquence des grossesses précoces et une méfiance accrue vis-à-vis de la contraception ;
- la part probable des IVG concernant des femmes non résidentes, pouvant conduire à une surestimation du taux de recours.

2. Malgré l'allongement du délai légal, un recours concentré dans les premières semaines

Le législateur a progressivement facilité l'accès à l'IVG en **allongeant le délai dans lequel les patientes peuvent y recourir**. La loi Veil de 1975 a d'abord suspendu pour cinq ans l'application des dispositions pénales pour les IVG pratiquées avant la fin de la dixième semaine de grossesse (SG)³. Cette suspension a été pérennisée en 1979⁴. Le législateur a, par la suite, autorisé le recours à l'IVG jusqu'à la fin de la douzième SG en 2001⁵ puis, en 2022⁶, jusqu'à la fin de la quatorzième SG, correspondant à la seizième semaine d'aménorrhée (SA).

Malgré ces reports successifs, les IVG demeurent, d'après les données disponibles, **majoritairement réalisées dans les premières semaines de grossesse**. En effet, si les données de ville ne permettent pas de connaître le terme exact de réalisation de l'IVG, les données hospitalières révèlent en revanche que près de 80 % des IVG réalisées en établissement de santé le sont à moins de 10 SA, soit moins de 8 SG. La Drees estime la part des IVG réalisées au-delà de 14 SA en 2023 et bénéficiant, en conséquence, de l'allongement récent du délai légal, à 2,5 % ou 3 % des IVG hospitalières : 2 % dans l'Hexagone et 4 % dans les DROM.

Répartition des IVG hospitalières selon leur terme (France entière, 2020-2023)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Drees (2024)

B. UN PARCOURS DE SOINS PROGRESSIVEMENT DIVERSIFIÉ ET FACILITÉ

1. La diversification des méthodes d'IVG et des professionnels de santé impliqués

En alternative à la méthode instrumentale traditionnelle, visant l'évacuation du contenu utérin par aspiration réalisée sous anesthésie locale ou générale, **l'IVG médicamenteuse s'est progressivement développée ces dernières années**. Celle-ci repose sur la prise de médicaments provoquant l'interruption de la grossesse puis l'expulsion de l'embryon, sans acte chirurgical ni anesthésie.

¹ Drees, « La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023 », *op. cit.*

² Réponses écrites de la direction générale de l'offre de soins et de la direction générale de la santé au questionnaire transmis par les rapporteurs.

³ Article 2 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.

⁴ Article 2 de la loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse.

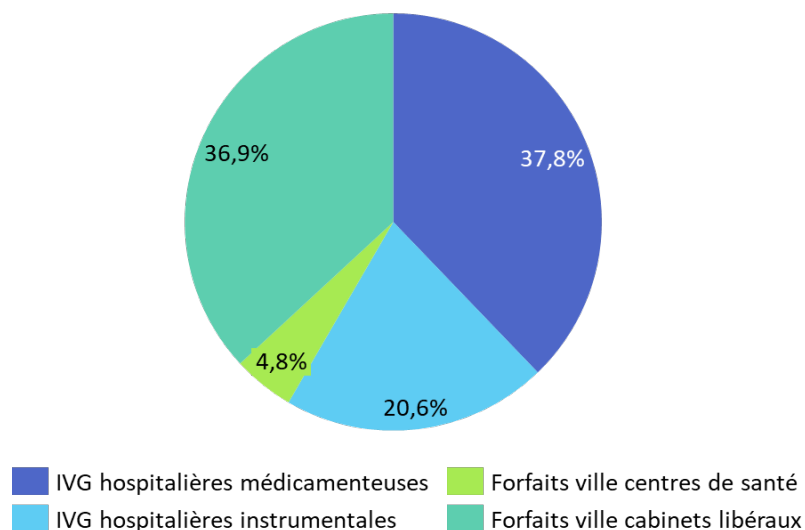
⁵ Article 2 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

⁶ Article 1 de la loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement.

Pratiquée depuis 1989 dans les établissements de santé, la technique médicamenteuse a été **autorisée en ville par la loi de 2001**¹. Un décret d'application de 2004² a limité le recours à cette méthode à la fin de la cinquième SG. Ce délai a récemment été porté, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)³, à la fin de la septième SG (ou neuvième SA)⁴.

La part de la méthode médicamenteuse dans le total des IVG réalisées a **significativement augmenté depuis pour devenir majoritaire**. En 2023, les IVG médicamenteuses représentent ainsi 79 % de l'ensemble, contre 68 % en 2019 et 31 % en 2000. Elles recouvrent l'essentiel des IVG réalisées en ville et, désormais, une majorité des IVG réalisées en établissement de santé.

Répartition des IVG selon la méthode et le lieu de réalisation en 2023



Source : Commission des affaires sociales, d'après des données Drees (2024)

D'autres évolutions législatives ont **favorisé le recours au secteur ambulatoire** pour la réalisation d'IVG. La loi a, ainsi, successivement permis la réalisation d'IVG médicamenteuses :

- dans les centres de santé sexuelle, auparavant appelés centres de planification et d'éducation familiale⁵ ;
- par les sages-femmes, en établissement de santé comme en ville⁶.

La loi a, enfin, récemment cherché à **faciliter la réalisation d'IVG instrumentales**, en autorisant leur réalisation :

- hors établissement de santé, dans les centres de santé⁷, mais cette possibilité demeure pour le moment résiduelle, peu de centres ayant entamé les démarches nécessaires ;
- la réalisation d'IVG instrumentales par les sages-femmes en établissement de santé⁸, sous des conditions strictes, récemment assouplies par un décret d'avril 2024⁹.

¹ Article 3 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

² Décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé.

³ HAS, recommandation de bonne pratique « Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse – Mise à jour » adoptée par le Collège le 11 mars 2021.

⁴ Article 2 de la loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement.

⁵ Article 71 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

⁶ Article 127 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁷ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁸ Article 2 de la loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement.

⁹ Décret n° 2024-367 du 23 avril 2024 modifiant les conditions d'exercice par les sages-femmes de la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissement de santé.

La réalisation d'IVG instrumentales par les sages-femmes en établissements de santé

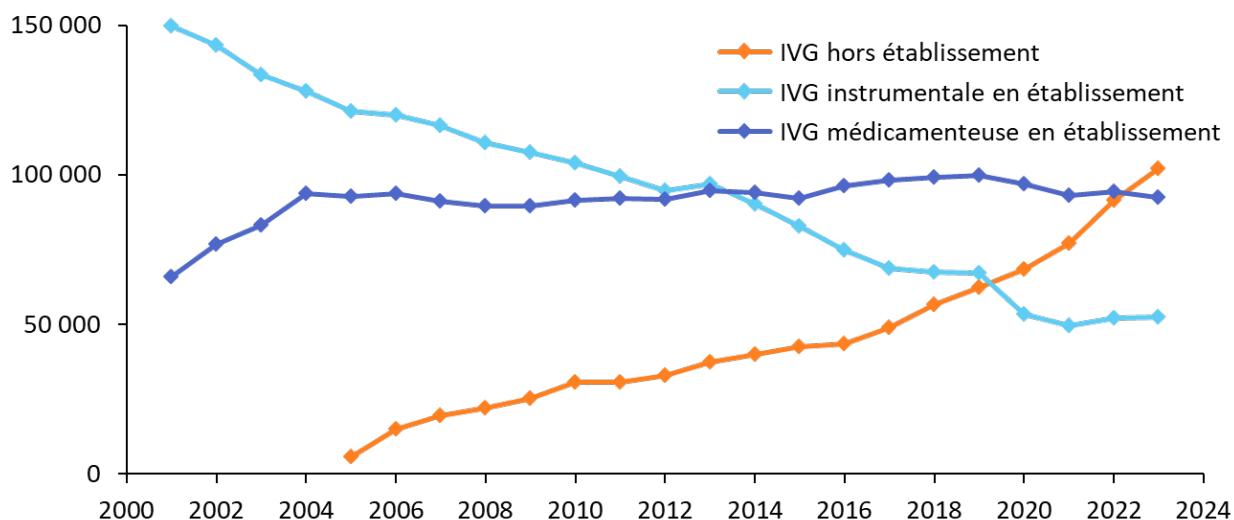
Un **décret de décembre 2023**¹, portant application de la loi de 2022, était venu assortir la réalisation d'IVG instrumentales par les sages-femmes en établissement de santé de conditions strictes :

- les sages-femmes titulaires de l'ancien diplôme d'État devaient disposer d'une **expérience professionnelle minimale d'un an** en orthogénie et suivre une **formation théorique préalable de deux jours** sur le geste chirurgical ;
- les sages-femmes devaient également suivre une **formation pratique** comprenant l'observation d'au moins dix actes et la réalisation supervisée d'au moins trente actes ;
- enfin, l'organisation de l'hôpital devait permettre, d'une part, l'**intervention sur site** d'un médecin compétent en matière d'IVG instrumentale, d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur ainsi que, d'autre part, la **prise en charge des embolisations artérielles**.

Le nouveau décret d'avril 2024 assouplit ces conditions, en supprimant notamment celles tenant à l'organisation de l'établissement de santé.

Du fait de ces évolutions et parallèlement à la montée en charge de la technique médicamenteuse, **la part des hôpitaux dans la réalisation des IVG a fortement diminué**. En 2023, 41 % des IVG étaient, ainsi, réalisées hors établissement de santé, contre moins de 10 % en 2008, avec 11 488 IVG réalisées en centre de santé ou centre de santé sexuelle et 89 044 en cabinet libéral.

Évolution du nombre d'IVG selon le lieu de réalisation



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Drees (2024)

En ville comme à l'hôpital, aucun professionnel de santé n'est jamais tenu de pratiquer ou de concourir à une IVG : **une « clause de conscience » légale** autorise les professionnels à refuser de le faire². Les médecins et sages-femmes concernés doivent, en revanche, informer sans délai l'intéressée de leur refus et lui communiquer immédiatement le nom de professionnels susceptibles de réaliser l'IVG.

¹ Décret n° 2023-1194 du 16 décembre 2023 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé.

² Article L. 2212-8 du code de la santé publique.

Part des femmes ayant eu recours à l'IVG déclarant avoir été confrontées à un refus



La loi autorise également les **établissements privés** à refuser que des IVG soient pratiquées dans leurs locaux à la condition, pour ceux d'entre eux qui sont habilités à assurer le service public hospitalier, que d'autres établissements soient en mesure de répondre aux besoins locaux¹. Les **établissements publics** qui disposent de lits ou de places autorisés en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie ne peuvent, en revanche, refuser de pratiquer des IVG².

Aucune donnée ne permet de mesurer précisément le nombre de refus opposés à des sollicitations de patientes souhaitant avoir recours à l'IVG. Toutefois, un **récent sondage** commandé à l'institut Ipsos par le Planning familial révèle que 27 % des femmes interrogées ayant eu recours à l'IVG au cours des cinq dernières années ont été confrontées à un refus.

2. Un parcours simplifié, anonyme et mieux pris en charge

Plusieurs évolutions législatives ont cherché, ces dernières années, à **simplifier le parcours de soins des patientes souhaitant recourir à l'IVG**. La loi prévoyait ainsi, d'abord, un **délai de réflexion obligatoire** de sept jours entre la première et la deuxième consultation pour obtenir une IVG. Ce délai a été ramené à deux jours en 2016³, puis entièrement supprimé par la loi de 2022⁴. Par ailleurs, la **réalisation d'IVG médicamenteuses en téléconsultation** a été autorisée, d'abord de manière dérogatoire durant l'épidémie de covid-19⁵, puis pérenne par un décret de 2022⁶. Ce dernier permet, par dérogation, la délivrance à la patiente des médicaments nécessaires par une pharmacie d'officine qu'elle a préalablement désignée.

La **protection de l'anonymat des patientes** a également été améliorée. Lorsque la patiente est mineure et désire conserver le secret, un principe d'anonymat et de confidentialité s'applique, la dispensant d'obtenir le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale⁷. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 a étendu cette protection en précisant dans le code de la santé publique que, pour toutes les patientes, « *la prise en charge de l'IVG est protégée par le secret afin de pouvoir préserver, le cas échéant, l'anonymat de l'intéressée.* »⁸

Enfin, la **prise en charge financière de l'IVG a été progressivement renforcée**. Le niveau de remboursement de l'IVG, qui s'établissait à 70 % depuis 1982⁹, a été porté à 100 % par la LFSS pour 2013¹⁰. Depuis 2016¹¹, les actes associés à l'IVG sont, en outre, intégralement remboursés.

¹ Ibid.

² Article R. 2212-4 du code de la santé publique.

³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁴ Loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement.

⁵ Arrêté du 7 novembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

⁶ Décret n° 2022-212 du 19 février 2022 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse hors établissement de santé.

⁷ Article L. 2212-7 du code de la santé publique.

⁸ Article 63 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

⁹ Loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure.

¹⁰ Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

¹¹ Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

2. DE FORTES DISPARITÉS TERRITORIALES DANS L'ACCÈS À L'IVG

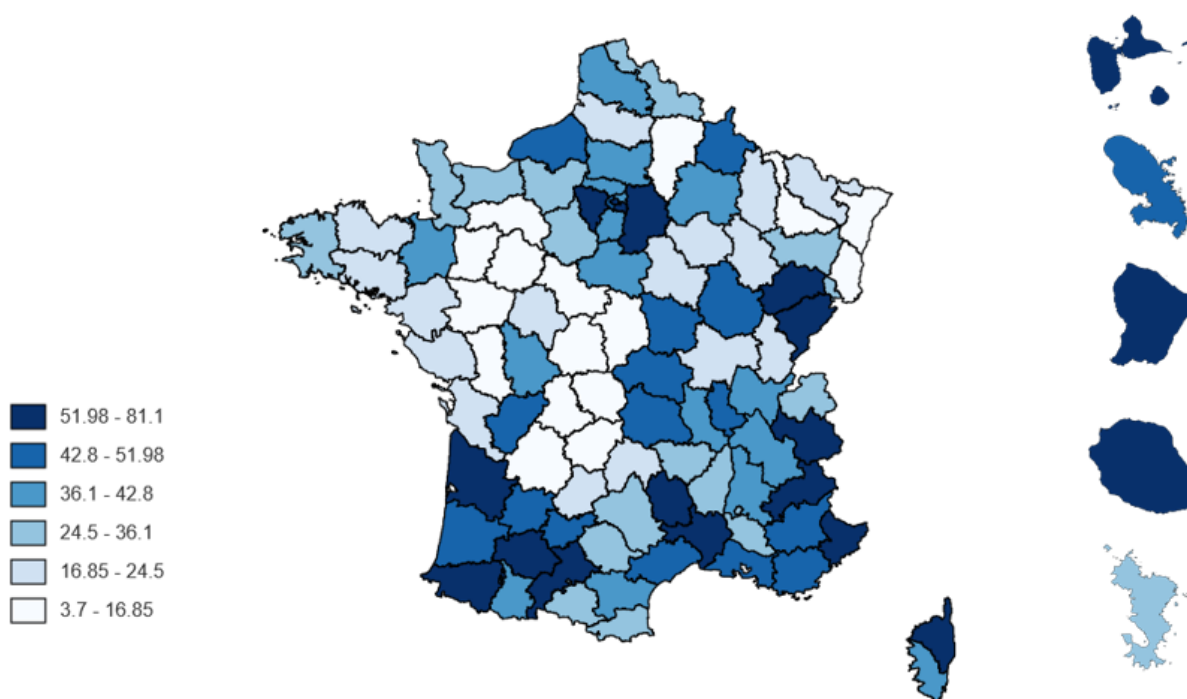
A. UNE OFFRE D'IVG INÉGALE SELON LES TERRITOIRES

1. Les disparités observées dans l'offre disponible en ville

Si la part de la ville dans l'offre d'IVG a significativement progressé ces dernières années, elle demeure toutefois très inégale d'un territoire à l'autre et ne repose que sur une faible minorité de professionnels de santé impliqués.

De **fortes disparités territoriales dans le développement de l'offre en ambulatoire** sont, d'abord, relevées. Ainsi, en 2021, la part prise par l'activité de ville dans l'offre totale d'IVG s'établissait à 10 % dans les Pays de la Loire, quand elle s'élevait à 43,5 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces inégalités sont encore plus marquées au niveau départemental : en 2023, moins de 10 % des IVG ont été réalisées hors d'un établissement de santé dans l'Orne, la Creuse, la Sarthe ou la Haute-Vienne, alors que plus de 60 % d'entre elles étaient réalisées en ambulatoire dans les Hautes-Alpes et dans les Alpes-Maritimes, en Guadeloupe et en Guyane.

Part d'IVG réalisées hors établissement de santé en 2023 (en %)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Drees (2024)

Ces disparités **ne recourent qu'imparfaitement l'inégale répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire national**. Interrogé par les rapporteurs, le ministère de la santé relève ainsi que, parmi les cinq régions présentant le plus fort taux de contribution de la ville à l'activité totale d'IVG, une seule présente une densité de professionnels libéraux pour 100 000 habitants supérieure à la moyenne nationale¹. De la même manière, parmi les cinq régions présentant le plus faible taux de contribution de la ville, deux seulement sont marquées par une densité inférieure à la même moyenne².

Les disparités observées semblent davantage tenir à l'**inégal engagement des professionnels de ville** dans l'offre d'IVG et à l'**inégale propension des femmes à y recourir**.

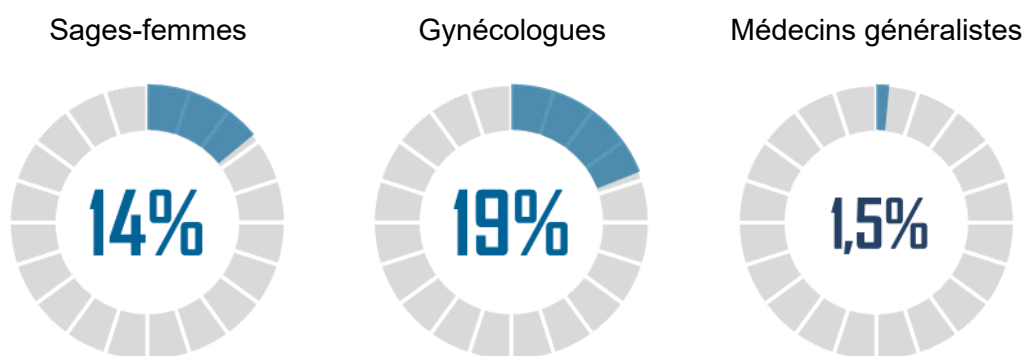
¹ Parmi les régions PACA, Île-de-France, Guyane, Mayotte et La Réunion, seule PACA présente une telle situation favorable.

² Parmi les régions Pays de la Loire, Centre-Val-de-Loire, Grand-Est, Bretagne et Corse, seules les deux premières présentent une telle situation défavorable.

S'agissant des patientes, d'une part, le ministère souligne notamment la « **faible visibilité assurée jusqu'à aujourd'hui à l'offre d'IVG de ville de certaines régions** », que la mise en place de répertoires officiels devrait permettre d'améliorer¹. Certaines femmes peuvent également, dans les zones rurales, préférer recourir à des établissements de santé paraissant offrir une meilleure protection de leur anonymat².

L'implication des professionnels de santé dans la réalisation d'IVG en ville demeure, d'autre part, **fortement minoritaire**. En 2023, 3 170 professionnels exerçant en cabinet de ville ont pratiqué au moins une IVG dans l'année : 1 208 sages-femmes, 902 gynécologues médicaux ou gynécologues-obstétriciens et 1 007 médecins généralistes, soit respectivement 14 %, 19 % et 1,5 % de l'effectif de ces professionnels. Ce nombre a augmenté de 814 entre 2020 et 2023, principalement du fait de l'engagement de 693 sages-femmes supplémentaires dans cette activité.

Part des professionnels exerçant en cabinet de ville ayant réalisé au moins une IVG en 2023



Source : Drees (2024)

Plusieurs **facteurs expliquant cette implication mesurée et inégale des professionnels** sont avancés par le ministère :

- le niveau de tarification des IVG médicamenteuses réalisées en ville, jugé insuffisant par certains professionnels de santé ;
- l'activité d'IVG requiert, en ville, un conventionnement avec un établissement de santé pouvant décourager les professionnels ; certaines ARS et certains dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP) fournissent des conventions-type et facilitent la prise de contact entre professionnels ;
- certaines régions ont engagé depuis plusieurs années des politiques volontaristes de sensibilisation, d'accompagnement et de formation des professionnels à l'IVG médicamenteuse.

Le Gouvernement a procédé, le 1^{er} mars 2024, à une revalorisation du tarif associé aux IVG médicamenteuses. Il a également fait figurer parmi les missions des DSRP celle de soutenir la montée en compétence des professionnels exerçant en cabinet libéral³.

Les rapporteurs jugent que de tels efforts doivent être poursuivis et priorités dans les régions comprenant des territoires dans lesquels l'accès à une IVG médicamenteuse apparaît difficile. Des objectifs chiffrés pourraient, à cet égard, être fixés aux ARS concernées.

Proposition n° 1 : Fixer aux ARS des objectifs de croissance du nombre de professionnels de ville contribuant à l'offre d'IVG médicamenteuse, favoriser l'accès des professionnels à une formation de qualité et simplifier les procédures de conventionnement.

¹ Voir *infra*.

² Réponses écrites de la DGOS et de la DGS au questionnaire transmis par les rapporteurs.

³ Instruction n° DGOS/R3/DGS/SP1/2023/122 du 3 août 2023 relative à l'actualisation des missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité.

2. La concentration de l'offre hospitalière

Parallèlement à la diminution de la part de l'hôpital dans l'activité d'IVG, le **nombre d'établissements y contribuant n'a cessé de décroître ces dernières années**.

Selon un rapport remis par le Gouvernement au Parlement en septembre 2023¹, le nombre d'établissements de santé ayant réalisé plus d'une IVG dans l'année s'établit à 526 en 2021, en diminution de 23,7 % depuis 2005, alors que le nombre d'IVG réalisées en France augmentait de plus de 8 % sur la même période. Parmi ces 526 établissements, 459 seulement ont réalisé au moins 10 IVG au cours de l'année 2021 et peuvent être, en conséquence, considérés comme contribuant régulièrement à l'offre d'IVG hospitalière sur le territoire.

La concentration de l'offre hospitalière d'IVG entre 2005 et 2021

Nombre d'établissements de santé contributeurs

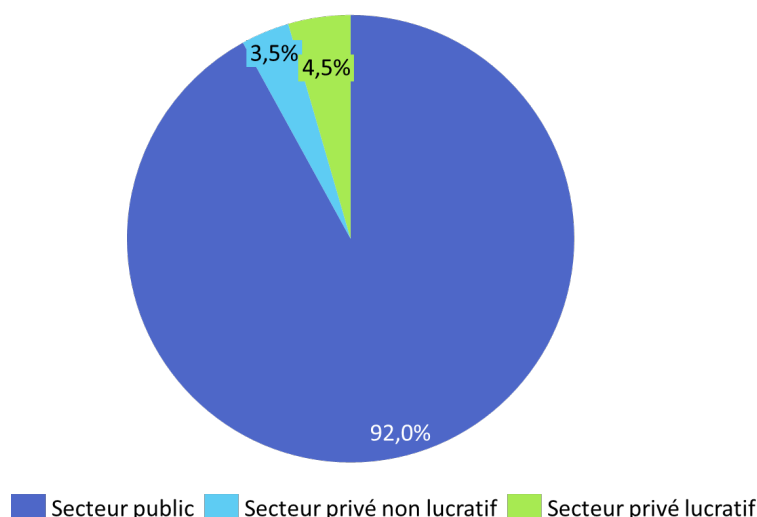


Nombre d'IVG recensées (en ville et à l'hôpital)



La **diminution observée de la contribution du secteur privé** est particulièrement spectaculaire. En 2023, parmi les IVG réalisées dans un établissement de santé, 92 % l'ont été dans le secteur public, 3,5 % dans le secteur privé non lucratif et 4,5 % dans le secteur privé lucratif. Ce dernier représentait encore 39 % des IVG hospitalières en 2001 et 19 % en 2010². La faiblesse des tarifs associés à l'activité d'IVG figure parmi les principaux facteurs explicatifs mis en avant.

Répartition des IVG en établissement entre secteurs hospitaliers en 2023



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Drees (2024)

¹ Rapport sur l'accès à l'offre d'interruption volontaire de grossesse (IVG), remis par courrier de la Première ministre le 11 septembre 2023.

² Drees, « La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023 », septembre 2024, n° 1311.

Si cette concentration de l'offre hospitalière d'IVG peut sembler adaptée à l'évolution des pratiques, notamment au développement des IVG médicamenteuses réalisées en ville, elle n'en a pas moins pour effet d'**éloigner certaines patientes des établissements de santé susceptibles de répondre à leurs besoins**. Elle résulte, parfois, de la fermeture de services de gynécologie-obstétrique ne donnant pas lieu à la mise en place, en relai, de centres périnataux de proximité (CPP), au sein desquels peut être assurée une activité d'IVG. Dans le rapport au Parlement précité, le Gouvernement indique travailler à « *systématiser la mise en place de CPP suite à la fermeture ponctuelle ou définitive d'une maternité* »¹.

Proposition n° 2 : Rendre systématique l'ouverture de centres périnataux de proximité susceptibles de maintenir localement une offre hospitalière d'IVG en cas de fermeture de services de gynécologie-obstétrique.

L'effet de la concentration de l'offre hospitalière sur l'accès à l'IVG est d'autant plus important que **l'ensemble des établissements impliqués ne proposent pas une offre complète**.

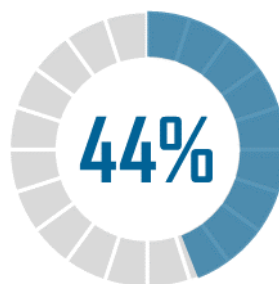
Ainsi, un quart environ des établissements réalisant des IVG ne proposent un accès **qu'à l'une des deux techniques** et, le plus souvent, qu'à la technique médicamenteuse. Interrogé, le ministère met en avant les tensions démographiques touchant les anesthésistes-réanimateurs et les gynécologues-obstétriciens, les difficultés capacitaires en bloc opératoire et les besoins de formation des professionnels à la réalisation des IVG instrumentales. Ces facteurs conduisent parfois les établissements à prioriser le secteur des naissances, soumis à une obligation de continuité.

De la même manière, parmi les établissements contributifs, une **minorité semble en mesure de prendre en charge des IVG tardives**, réalisées au-delà de 12 SG. D'après le ministère, une enquête réalisée auprès des ARS en mai 2023 n'a pu identifier que 232 établissements contribuant à la réalisation des IVG à ce terme, soit environ 44 % des structures contributives. Le ministère souligne, là encore, l'importance de la formation pour la diffusion de cette pratique².

Part, en 2023, des établissements contributifs proposant...

... les deux techniques d'IVG

... la réalisation d'IVG tardives (> 12 SG)



Interrogé par les rapporteurs, le ministère reconnaît que « *cette concentration de l'offre hospitalière d'IVG instrumentale a un **impact sur les délais d'accès à l'IVG**...* »³. D'après le « baromètre IVG » récemment publié par le Planning familial, 54% des femmes qui ont avorté dans un établissement de santé ont dû attendre plus de 7 jours pour avoir ce rendez-vous⁴.

Proposition n° 3 : Soutenir au niveau régional la formation des sages-femmes et, plus largement, des équipes hospitalières à la technique instrumentale.

¹ Rapport sur l'accès à l'offre d'interruption volontaire de grossesse (IVG), *op. cit.*

² Réponses écrites de la DGOS et de la DGS au questionnaire transmis par les rapporteurs.

³ *Ibid.*

⁴ Étude IFOP pour le Planning familial « *L'accès des Françaises à l'avortement. Enquête auprès du grand public et des femmes ayant eu recours à une IVG* », juillet 2024.

B. DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS IDENTIFIÉES LOCALEMENT

1. Un accès très fragile dans certains territoires

Certains territoires apparaissent marqués par des **difficultés durables d'accès à l'IVG**, quelle que soit la méthode visée. Interrogées par le Gouvernement en 2023, les ARS font ainsi état :

- pour trois d'entre elles¹, de **difficultés ponctuelles**, par exemple en période estivale, pour l'accès à certaines techniques ou aux IVG instrumentales ;
- pour sept d'entre elles², de **difficultés durables dans certains territoires spécifiques** ;
- pour six d'entre elles³, de **difficultés durables touchant un ou plusieurs départements**.

Six ARS estiment, par ailleurs, que **des zones de leur territoire régional sont éloignées de plus d'une heure d'une offre d'IVG**⁴. Les difficultés de transport associées s'avèrent particulièrement fortes pour les mineurs ou les populations précaires, en particulier en zone rurale, ainsi que dans certains territoires d'outre-mer.

Les difficultés rencontrées dans certains territoires d'outre-mer

Les territoires ultramarins, marqués par des taux de recours à l'IVG élevés, rencontrent des problèmes d'accès spécifiques tenant à la fois à leurs particularités géographiques, au maillage insuffisant de l'offre hospitalière et libérale, ainsi qu'aux difficultés de transport rencontrées.

Ces difficultés sont particulièrement marquées en **Guyane**, pour les communes isolées de l'intérieur ou certaines communes du littoral (Iracoubo, Mana, Sinnamary ou Régina).

Elles sont également relevées en **Guadeloupe**, du fait de l'éloignement de l'offre des îles du Sud (Marie-Galante, la Désirade, les Saintes). Depuis Marie-Galante, l'accès au plateau technique du CHU de la Guadeloupe ne peut se faire que par voie maritime ou aérienne. Actuellement, l'équipe du CPP ne réalise que des IVG jusqu'à 7 SA.

Si **La Réunion** ne connaît pas de zones significativement éloignées de l'offre, l'accès à l'IVG instrumentale demeure complexe dans le sud de l'île. Le site sud du CHU, seul établissement de santé à réaliser les IVG dans cette partie du territoire, assure uniquement les IVG médicamenteuses, en raison de problèmes d'accès au bloc opératoire, d'absence de matériel disponible ou de formation insuffisante des équipes à la méthode instrumentale.

Source : Réponses écrites de la DGOS et de la DGS au questionnaire transmis par les rapporteurs

Les **données manquent pour objectiver ces difficultés**. Si la Drees mesure chaque année la part des femmes réalisant une IVG dans leur département de résidence sur l'ensemble des patientes, un recours à l'offre d'autres départements peut toutefois révéler un choix délibéré des femmes, recherchant davantage de confidentialité ou une meilleure facilité d'accès dans le département voisin.

Néanmoins, cet indicateur et surtout les variations observées entre les territoires peuvent rendre partiellement compte des difficultés d'accès rencontrées. Ainsi, la part des femmes ayant recours à l'IVG dans leur département de résidence est supérieure à 80 % au niveau national, mais ne dépasse pas 60 % en Seine-Saint-Denis ou en Ardèche.

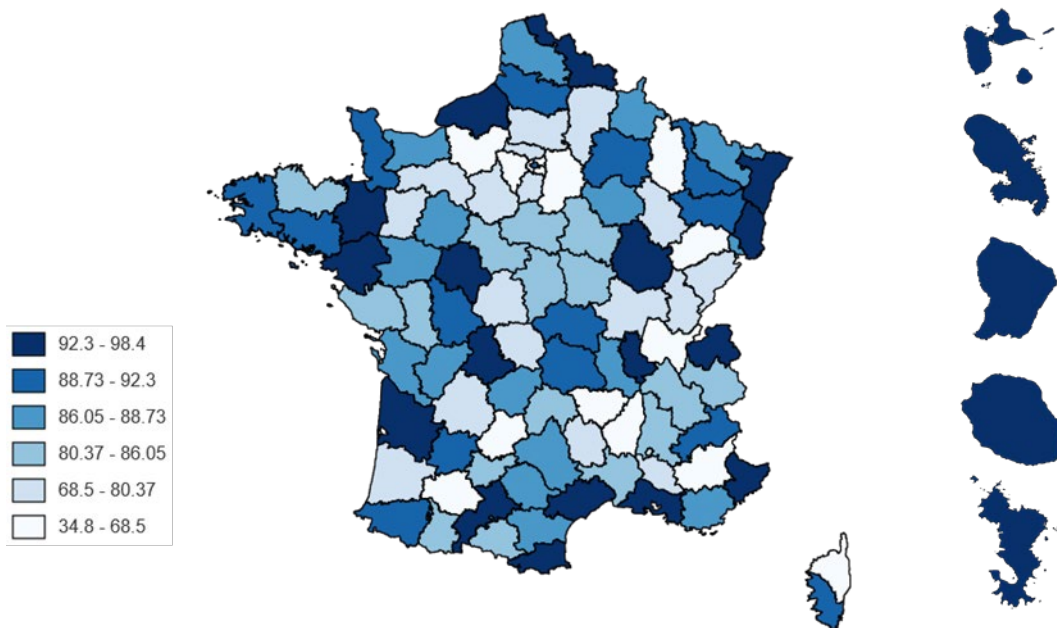
¹ Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Île-de-France.

² Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Pays-de-la-Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, La Réunion, Guadeloupe, Hauts-de-France.

³ Bourgogne France Comté, Corse, Grand Est, Guyane, Normandie, Centre Val de Loire.

⁴ Réponses écrites de la DGOS et de la DGS au questionnaire transmis par les rapporteurs. Les ARS concernées sont les suivantes : Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Centre Val de Loire, Grand Est, Guadeloupe, Guyane.

Part des IVG réalisées dans le département de résidence en 2023 (en %)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Drees (2024)

Le recueil des événements indésirables graves (EIG) par les ARS permet également de mesurer certaines difficultés d'accès. Le rapport au Parlement de 2023 en recense 41 pour l'année 2022, répartis dans 7 régions, révélant notamment des défauts d'organisation de l'offre hospitalière (délais excessifs, orientation défaillante pour une IVG tardive, etc.) ou un manque de lisibilité de l'offre en ville. Le rapport relève toutefois un probable « défaut d'exhaustivité de recensement [des EIG] de la part de certaines régions. »¹

Proposition n° 4 : Renforcer le suivi de l'accès à l'IVG, par la mise en place d'indicateurs (distance entre le lieu de réalisation et le domicile de la patiente, délai de réalisation, libre choix de la méthode retenue) supervisés par les ARS.

Proposition n° 5 : Améliorer le recensement des événements indésirables graves et analyser les difficultés d'accès qu'ils révèlent.

2. La question du choix de la méthode et de l'accès aux IVG tardives

L'accès à l'IVG ne comprend pas seulement la faculté d'interrompre, dans des délais raisonnables, sa grossesse mais également celle de **choisir la méthode d'interruption**. La loi dispose, à cet égard, que « toute personne doit être informée sur les méthodes abortives et a le droit d'en choisir librement »². Or l'exercice de ce droit apparaît, en pratique, limité dans certains territoires.

Le ministère relève ainsi, après sondage des ARS, que dix d'entre elles font état de zones infrarégionales dans lesquelles une seule méthode d'IVG est proposée³. De la même manière, d'après le « Baromètre IVG » publié par le Planning familial, 31 % des femmes ayant avorté avant le début de leur huitième SG affirment ne pas avoir eu le choix de la méthode⁴.

¹ Rapport sur l'accès à l'offre d'interruption volontaire de grossesse (IVG), *op. cit.*

² Article L. 2212-1 du code de la santé publique.

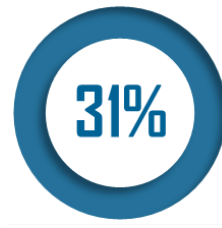
³ Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Guadeloupe, Guyane, La Réunion.

⁴ Étude IFOP pour le Planning familial, *op. cit.*

Nombre d'ARS identifiant des zones de leur ressort dans lesquelles une seule méthode est proposée



Part des femmes ayant avorté estimant ne pas avoir eu le choix de la méthode



Plusieurs limites à la faculté de la patiente de choisir les modalités d'interruption de sa grossesse peuvent, en effet, être recensées :

- du fait de la concentration de l'offre hospitalière et des difficultés de certains établissements à assurer cette offre, **l'accès à la méthode instrumentale est parfois difficile** ;
- la possibilité de réaliser des IVG instrumentales en centre de santé peut **empêcher les femmes de bénéficier d'une anesthésie générale**, lorsque le centre n'est pas en mesure de les réorienter vers une structure référente le proposant ; à cet égard, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) souligne qu'un choix par défaut de l'anesthésie locale peut être « *très mal vécu* »¹ ;
- des **difficultés à répondre aux demandes d'IVG tardives**, au-delà de la douzième SG, ont été identifiées et persistent en partie, du fait d'un manque de formation des équipes hospitalières ou de l'absence de matériel nécessaire à la mise en œuvre de la technique de dilatation-évacuation requise à ce terme ;
- des **disparités territoriales existent dans la méthode employée pour la réalisation d'IVG tardives**, du fait de l'absence de mise à jour des recommandations de bonnes pratiques de la HAS depuis la dernière extension du délai légal d'IVG ;
- **l'accès à l'IVG médicamenteuse à domicile apparaît inégal selon les territoires** et dépend, notamment, de l'investissement des professionnels de ville ;
- des obstacles techniques demeurent à la **réalisation d'IVG médicamenteuses à domicile par téléconsultation en établissement de santé**, que le CNGOF appelle à lever².

Sur ce dernier point, les rapporteurs relèvent que la **stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024** prévoyait, à l'horizon 2022, de « *lever les obstacles, notamment législatifs et de facturation, ne permettant pas aujourd'hui de proposer la télé médecine pour la réalisation du parcours IVG médicamenteuse à l'hôpital.* »³ Ils regrettent que cet objectif n'ait pas été tenu et appellent le Gouvernement à veiller à assurer à chaque patiente le choix de la méthode d'interruption de sa grossesse, du lieu de réalisation de l'IVG et, le cas échéant, de l'anesthésie associée.

Proposition n° 6 : Exiger des ARS l'identification des structures permettant, dans leur ressort territorial, la réalisation d'IVG tardives et un appui renforcé à la formation des professionnels et à l'équipement des établissements dans les territoires en étant dépourvus.

Proposition n° 7 : Demander à la HAS de mettre à jour ses recommandations de bonnes pratiques relatives à l'IVG pour tenir compte de la dernière extension du délai légal.

Proposition n° 8 : Faciliter la réalisation d'IVG médicamenteuses en téléconsultation dans le cadre d'une prise en charge hospitalière.

¹ Réponses écrites du CNGOF au questionnaire transmis par les rapporteurs.

² *Ibid.*

³ Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024, action n° 17.

3. ASSURER L'INFORMATION DES PATIENTES

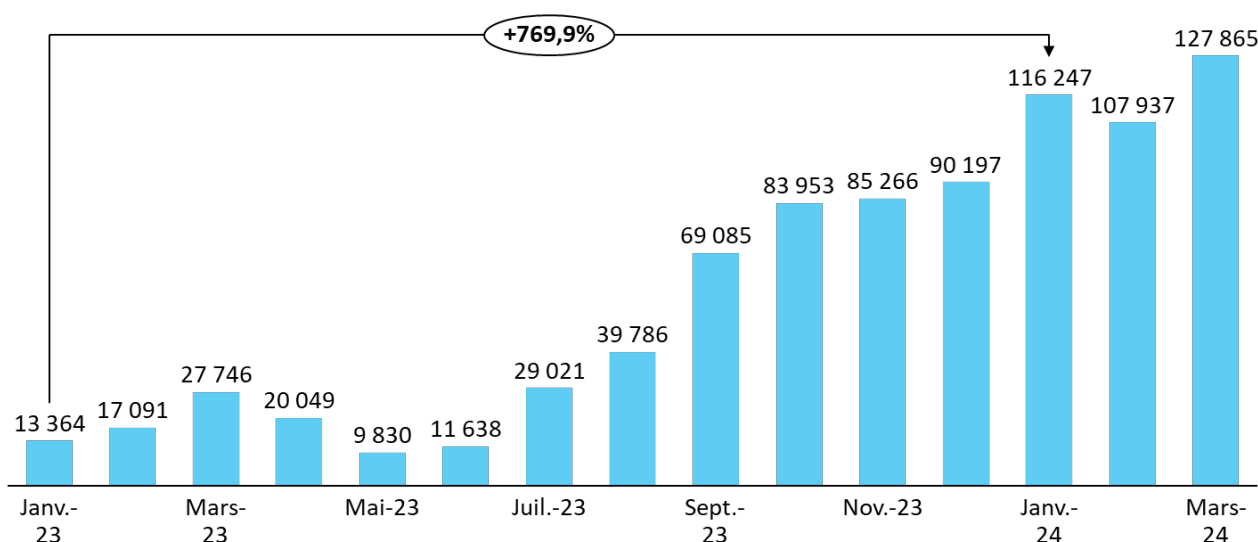
A. UNE INFORMATION AMÉLIORÉE MAIS ENCORE PERFECTIBLE

1. Le renforcement progressif de l'information des patientes

L'information des patientes sur les conditions de recours à l'IVG, les méthodes proposées et les professionnels impliqués a progressivement été améliorée ces dernières années.

D'abord, le **site *ivg.gouv.fr*** permet, depuis sa création en 2015, de mettre à disposition du grand public une information fiable sur l'IVG, ainsi qu'un annuaire des centres de santé sexuelle et des espaces vie affective, relationnelle et sexuelle (Evars). Le site a fait l'objet d'une refonte en 2023, poursuivant un double objectif : améliorer son référencement pour contrecarrer les stratégies des sites anti-choix et mettre à jour les informations contenues à la suite des dernières évolutions législatives. D'après le ministère, cette refonte a porté la fréquentation du site de 13 000 pages consultées en janvier 2023 à près de 116 000 en janvier 2024. Il est, toutefois, encore difficile de distinguer l'effet de la refonte de celui des débats récents relatifs à la constitutionnalisation.

Nombre de pages consultées chaque mois sur le site *ivg.gouv.fr*



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données du ministère de la santé

Par ailleurs, un **numéro vert national (NVN) « sexualités, contraception, IVG »**, également mis en place en 2015, est porté par le Mouvement français du Planning familial. Il permet aux patientes d'accéder à une écoute, à des informations vérifiées et à une aide à l'orientation. En complément et depuis mars 2023, un tchat confidentiel en ligne est également disponible.

La loi prévoit, par ailleurs, qu'un **dossier-guide** doit être remis par le médecin ou la sage-femme sollicité par une patiente en vue d'une IVG. Mis à jour au moins une fois par an, il rappelle les principales dispositions légales et dresse la liste des établissements réalisant des IVG¹.

Enfin, la **loi de 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement** a prévu la mise en place par les ARS d'un **répertoire librement accessible** recensant, sous réserve de leur accord, les professionnels de santé ainsi que l'ensemble des structures, de ville et hospitalières, pratiquant l'IVG².

2. Les difficultés rencontrées dans la mise en place des répertoires

Si les répertoires régionaux constituent un **outil indispensable d'information et d'orientation des patientes dans l'offre locale**, leur mise en place a été confrontée à plusieurs difficultés.

¹ Article L. 2212-3 du code de la santé publique.

² Article 4 de la loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement.

L'identification des professionnels de ville par les ARS, fondée notamment sur les données de remboursement de l'assurance maladie, n'est **pas exhaustive** : du fait de la sensibilité de cet acte, des professionnels réalisant des IVG ont indiqué ne pas souhaiter apparaître dans le répertoire.

La finalisation de certains répertoires, par ailleurs, apparaît **tardive** : au mois de mars 2024, treize ARS déclaraient disposer d'un annuaire opérationnel, mais cinq autres demeuraient attendus¹.

Certaines ARS signalent, en outre, les **difficultés attachées à l'actualisation régulière de ces annuaires**, pourtant nécessaire. Elles soulignent n'être qu'imparfaitement informées des départs à la retraite ou des changements d'activité des professionnels de santé, faute de transmission par les établissements des conventions conclues avec les professionnels de ville².

Proposition n° 9 : Finaliser la mise en place des répertoires régionaux et favoriser leur actualisation en permettant aux ARS de prendre connaissance des conventions conclues entre les établissements de santé et les professionnels exerçant en ville.

Enfin, un effort particulier d'information doit être consenti à l'égard des **publics les plus fragiles**. La Maison des femmes fait ainsi figurer parmi les principaux obstacles à l'accès à l'IVG qu'elle identifie la méconnaissance des droits, la barrière de la langue ou l'illettrisme³. À cet égard, le ministère indique avoir, ces dernières années, publié une version « facile à lire et à comprendre » (FALC) du guide d'information, ainsi que des traductions dans douze langues.

B. RENFORCER LA LUTTE CONTRE LA DÉSINFORMATION

1. Les tentatives de désinformation observées

Part des femmes ayant avorté mentionnant les pressions extérieures parmi les freins à l'avortement



Plusieurs organisations auditionnées ont souligné **l'ampleur et l'audience des publications anti-avortement** en ligne, ainsi que l'existence de sites internet de désinformation destinés à décourager le recours à une IVG.

D'après le « Baromètre IVG » publié par le Planning familial, 41 % des femmes ayant récemment eu recours à l'IVG déclarent que « *le droit à l'avortement est tabou* ». Interrogées sur les freins à l'accès à l'avortement en France, 63 % d'entre elles mentionnent la peur d'être jugées et 37 % les pressions exercées sur les femmes qui souhaitent avorter⁴.

Si la « *liberté garantie à la femme* » d'avoir recours à une IVG est désormais élevée au rang constitutionnel, **les discours anti-avortement en ligne demeurent particulièrement virulents ces dernières années**. Un rapport de la Fondation des femmes souligne ainsi qu'« *il semblerait que l'arrêt [de juin 2022] de la Cour suprême des États-Unis ait raffermi les groupes de lutte contre l'avortement dans leurs actions, comme le montre la recrudescence d'attaques contre les locaux d'organisations luttant pour les droits reproductifs, au premier plan desquelles le Planning familial, et des opérations très médiatisées menées par des organisations anti-avortement, dont la récente campagne coordonnée d'autocollants apposés sur des Vélib' à Paris.* »⁵

¹ Réponses écrites de la DGOS et de la DGS au questionnaire transmis par les rapporteurs.

² Rapport sur l'accès à l'offre d'interruption volontaire de grossesse (IVG), *op. cit.*

³ Réponses écrites de la Maison des femmes au questionnaire transmis par les rapporteurs.

⁴ Étude IFOP pour le Planning familial, *op. cit.*

⁵ Fondation des femmes, « Mobilisation anti-avortement en France. Quand les réseaux sociaux menacent le droit à l'IVG », janvier 2024.

Cette mobilisation se manifeste, selon la Fondation, « sous la forme de fausses informations, d'affirmations trompeuses sur l'avortement et de contenus choquants et dissuasifs », destinés « à décourager les utilisateurs de recourir à l'avortement et à semer le doute sur la sécurité des traitements médicaux utilisés ».

2. Protéger l'information des patientes

Le délit d'entrave à l'IVG, progressivement renforcé ces dernières années, **ne permet qu'imparfaitement de prévenir ce type de désinformation**. Si, depuis la loi du 20 mars 2017, il vise désormais le fait d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une IVG par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, le Conseil constitutionnel a toutefois jugé que la seule diffusion d'informations à destination d'un public indéterminé sur tout support, notamment sur un site de communication au public en ligne, ne saurait être regardée comme constitutive de pressions, menaces ou actes d'intimidation au sens de ces dispositions (décision n° 2017-747 DC du 16 mars 2017). Interrogé par les rapporteurs, le ministère confirme qu'aucune condamnation n'a été recensée sur le fondement de ce délit depuis 2014.

Les rapporteurs jugent indispensable, en revanche, de **lutter contre la désinformation en ligne par la diffusion d'informations fiables sur l'IVG**. Ils soutiennent, à ce titre, les efforts consentis ces dernières années pour améliorer le référencement et l'exhaustivité du site ivg.gouv.fr, et appellent le Gouvernement à les poursuivre. Ils jugent également souhaitable l'organisation régulière de campagnes de communication grand public sur les modalités d'accès à l'IVG, sensibilisant ses destinataires au risque de désinformation en ligne.

Proposition n° 10 : Conduire régulièrement des campagnes de communication grand public sur les modalités d'accès à l'IVG, sensibilisant les patientes au risque de désinformation en ligne.

Réunie le mercredi 16 octobre 2024 sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales **a adopté** le rapport et les recommandations présentés par M. Alain Milon, Mmes Brigitte Devésa et Cathy Apourceau-Poly, rapporteurs, et en a autorisé la publication sous la forme d'un rapport d'information.



Philippe Mouiller
Sénateur (LR)
des Deux-Sèvres
Président



Alain Milon
Sénateur (LR)
de Vaucluse
Rapporteur



Brigitte Devésa
Sénatrice (UC)
des Bouches-du-Rhône
Rapporteuse



Cathy Apourceau-Poly
Sénatrice (CRCE-K)
du Pas-de-Calais
Rapporteuse

Consulter le rapport d'information :
<https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-045-notice.html>