

The logo for FIDH (Fédération internationale pour les droits humains) consists of the lowercase letters 'fidh' in a white, sans-serif font, centered within a dark purple rectangular background.

Ligue
des **droits de**
l'Homme

FONDÉE EN 1898



**COMITÉ POUR L'ÉLIMINATION DE LA DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES
FEMMES**

86^{ème} session - 9/27 octobre 2023

**RAPPORT ALTERNATIF DE LA LIGUE DES DROITS DE L'HOMME ET DE LA
FÉDÉRATION INTERNATIONALE POUR LES DROITS HUMAINS À PROPOS
DU NEUVIÈME RAPPORT PÉRIODIQUE DE LA FRANCE**

Ligue des droits de l'Homme (LDH)

138 rue Marcadet – 75018 Paris

Tél 00.33.1 56 55 51 00 – Fax : 00.33.1.42 55 51 21

ldh@ldh-france.org – www.ldh-france.org

Fédération internationale pour les droits humains (FIDH)

17 Passage de la Main d'Or – 75011 Paris

Tél 00.33.1 43 55 25 18

contact@fidh.org - www.fidh.org

Introduction

Le 17 octobre prochain, votre Comité examinera le neuvième rapport périodique de la France, soumis en avril 2021, en application de l'article 18 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Cedef).

Ce rapport alternatif présenté par la Fédération internationale pour les droits humains (FIDH), en collaboration avec son organisation membre, la Ligue des droits de l'Homme (LDH), apporte des précisions sur les défaillances de l'État français dans la mise en œuvre des droits sexuels et reproductifs des femmes, garantis par l'article 12 relatif au droit à la santé de la Cedef.

La LDH et la FIDH souhaitent mettre en exergue trois sujets préoccupants concernant l'effectivité des droits sexuels et reproductifs en France :

- l'indisponibilité de pilules abortives ;
- l'absence d'encadrement de l'usage des clauses de conscience en matière d'IVG et corollairement d'organisation du service public ;
- une gestion différenciée de l'accès à la santé sexuelle et reproductive à Mayotte.

1) L'indisponibilité de pilules abortives

1. Dans les observations finales relatives aux septième et huitième rapports périodiques de la France, le Comité engage l'État à prendre des mesures pour rendre les « *services de santé en matière de sexualité et de procréation plus accessibles, plus disponibles et plus abordables* » (§37.b).
2. La fragilité de la chaîne pharmaceutique de production et d'approvisionnement en médicaments abortifs en France est révélatrice du manquement des autorités nationales pour rendre constamment accessibles et disponibles l'ensemble des produits et médicaments nécessaires à l'avortement médicamenteux.
3. Alors que 76 % des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées par voie médicamenteuse en 2021¹, la France a fait l'objet pendant cinq mois (entre le 28 novembre et 16 janvier, puis trois mois entre février et le 26 avril) de ruptures importantes

¹ Observatoire de la transparence dans les politiques du médicament, *Pénuries de pilules abortives (misoprostol) : le point au 18 avril 2023*, 18 avril 2023.

d'approvisionnement d'un des deux médicaments nécessaires pour réaliser une IVG médicamenteuse : le misoprostol.

L'Observatoire de la transparence dans les politiques du médicaments a alerté sur le fait que ce médicament a été difficile, voire impossible à trouver pour des centres de santé ou de planification sur plusieurs territoires notamment à Lille, Versailles et Issy-les-Moulineaux².

4. Cette pénurie, avec les risques de grossesses non désirées qu'elle a pu entraîner, a restreint l'accès au droit fondamental de choisir d'interrompre une grossesse et son corollaire, la liberté de choisir la technique d'avortement.
5. Malgré l'inscription en juin 2023 du misoprostol dans la liste des 450 médicaments dits « essentiels » (obligeant les industriels à avoir quatre mois de stock), les autorités nationales ne l'ont pas inscrit dans celle des vingt-cinq molécules dont la production est relocalisée ou augmentée significativement à partir du mois de juin, ni dans les vingt-cinq autres qui feront l'objet d'un plan de relocalisation dans un second temps.
6. Le misoprostol est un médicament sous brevet, détenu exclusivement par un seul groupe pharmaceutique, ce qui empêche l'élaboration de génériques. À ce titre, une proposition de résolution déposée par plusieurs députés et enregistrée à l'Assemblée nationale le 7 juin 2023, souligne qu'au regard de cette situation « *la perspective d'une pénurie durable est extrêmement préoccupante* »³.
7. En 2020, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) s'inquiétait déjà du fait que « *la production des médicaments utilisés pour les IVG médicamenteuses est dans les mains d'un seul producteur; le groupe Nordic Pharma, avec des risques de rupture de production et d'approvisionnement et de pression sur les prix* » et recommandait au gouvernement « *de relocaliser la fabrication en Europe et en France et de garantir la production des médicaments non rentables en les nationalisant* »⁴. Ne s'agissant plus d'un risque hypothétique mais bien d'une atteinte réelle au droit à l'avortement et au choix de la

² Proposition de résolution n°133 visant à protéger le droit à l'interruption volontaire de grossesse en France du risque de pénurie de pilules abortives, Enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 juin 2023.

³ HCE, *Pénurie de médicaments : un risque d'atteinte aux droits sexuels et reproductifs des femmes*, 27 mai 2020.

⁴ HCE, *Le HCE demande au gouvernement que la France retrouve rapidement sa souveraineté en matière de production de la pilule abortive*, 18 avril 2023.

méthode abortive, le HCE a demandé, début mars 2023, au gouvernement « *que la France retrouve rapidement sa souveraineté en matière de production de la pilule abortive* »⁵.

8. D'autres organisations de la société civile, telles que le Planning familial, Avortement en Europe : les femmes décident ou encore la Coordination française pour le Lobby Européen des Femmes ont également demandé au gouvernement français d'agir en ce sens.

Afin de permettre une relocalisation et une production publique de génériques de mifépristone et du misoprostol, deux médicaments indispensables pour garantir le droit à l'IVG, la LDH et la FIDH demandent aux autorités françaises d'utiliser le dispositif de la licence d'office, prévu par l'article L. 613-16 du code de la propriété intellectuelle, et autorisé dans le cas où le médicament breveté n'est pas mis à disposition du public dans des quantités suffisantes, dans l'objectif de lever l'exclusivité des données cliniques et une suspension des droits attachés à la propriété intellectuelle de celui-ci.

2) L'absence d'encadrement de la clause de conscience en matière d'IVG et d'organisation du service public en conséquence, une entrave au droit à l'avortement

9. Dans des observations finales faites à d'autres États parties à la Convention⁶, le Comité CEDEF souligne que si les professionnel·les de santé ont le droit de refuser des avortements pour motif de conscience, son usage ne doit pas entraver le droit d'une femme à accéder à l'avortement.
10. Les précédents rapports périodiques présentés par la France, ainsi que son neuvième, n'apportent aucune précision sur ce point et sont le reflet de l'absence totale de prise en compte par les pouvoirs publics français des observations et recommandations formulées par le Comité CEDEF sur l'encadrement nécessaire du recours à la clause de conscience afin d'assurer l'effectivité du droit à l'avortement.

a. L'absence d'informations et d'évaluations sur le recours à la clause de conscience

11. Dans sa Recommandation générale n°24, le Comité formule clairement que « *Les rapports soumis au Comité doivent montrer que la législation, les plans et les politiques sanitaires reposent [...] sur une juste évaluation de l'état de santé et des besoins des femmes dans le*

⁵ Comité CEDEF, Observations finales, Autriche, CEDAW/C/AUT/CO/9, 30 juillet 2019 ; Comité CEDEF, Observations finales, Italie, 24 juillet 2017, CEDAW/C/ITA/CO/7 ; Comité CEDEF, Observations finales, Croatie, 28 juillet 2015, CEDAW/C/HRV/CO/4-5 ; CEDAW, Observations finales, Pologne, 14 novembre 2014, CEDAW/C/POL/CO/7-8 ;

⁶ Comité CEDEF, Observations finales, Hongrie, 26 mars 2013, CEDAW/C/HUN/CO/7-8, §30.

pays, et prennent en compte [...] les pratiques fondées sur la religion, la tradition ou la culture» (§9).

12. Force est de constater l'absence de données ou statistiques officielles sur le recours à la clause de conscience en matière d'IVG et sur le nombre de praticien·nes refusant de pratiquer des IVG pour motif de conscience. Par conséquent, il est impossible d'évaluer, actuellement, l'ampleur et la fréquence de ce phénomène en France et si celui-ci constitue un obstacle à l'accès à l'avortement.
13. Sans une telle évaluation, la France ne peut faire une juste appréciation des difficultés auxquelles sont confrontées les femmes dans le pays, des besoins qui en résultent et ne peut adopter de politiques publiques adaptées pour y répondre et garantir l'effectivité du droit à l'avortement.

La LDH et la FIDH demandent au gouvernement de communiquer des informations précises, territorialisées et actualisées sur le nombre de médecins refusant de pratiquer des avortements afin de permettre une organisation du service public de santé en conséquence.

b. L'absence de couverture territoriale totale des services de santé sexuelle et reproductive dans certains territoires en raison de l'absence d'encadrement de la clause de conscience

14. Dans ses observations finales de 2016, le Comité CEDEF recommandait à la France *« d'assurer la couverture territoriale totale des services de soins de santé, en particulier des services de santé sexuelle et reproductive » (§37.a).*
15. Même en l'absence de données fournies par l'État, force est de constater que, dans les faits, l'invocation de la clause de conscience crée des disparités territoriales dans la disponibilité et l'accessibilité des services d'avortement.
16. En effet, en France métropolitaine, certains hôpitaux se sont retrouvés dans l'impossibilité de proposer des avortements en raison du refus de la majorité de leurs médecins de réaliser cet acte, comme ce fut le cas en 2018 à Sarthe et Fougères. Ces hôpitaux renvoyaient les patientes vers des établissements se situant à 50kms. Le fait de devoir se déplacer dans un autre département pour avoir recours à une IVG est une entrave préoccupante au droit à l'avortement pour les femmes n'ayant pas de moyen de locomotion, ayant des difficultés financières ou pour les mineures qui ne veulent pas informer leurs proches.
17. Dans les territoires d'Outre-mer, la situation est également préoccupante. En 2019, la totalité des gynécologues de l'hôpital public de Cayenne en Guyane (14 au total), ont

invoqué leur clause de conscience pour ne pas avoir à pratiquer d'avortements. Le recours à l'IVG étant deux fois plus fréquent sur ce territoire qu'en métropole cette situation a mis de nombreuses femmes en difficulté, la continuité du service public n'étant plus garantie.

La LDH et la FIDH demandent aux autorités nationales d'assurer une couverture territoriale totale des services de santé sexuelle et reproductive en France métropolitaine et en Outre-mer, en organisant les systèmes de santé de façon à ce que les hôpitaux comptent au moins un nombre minimal de professionnel·les de santé qui acceptent de réaliser des avortements.

c. Les défaillances dans l'accès aux informations relatives aux professionnel·les et services pratiquant des IVG

18. Dans ses observations finales à la France de 2016, le Comité CEDEF recommandait « *d'améliorer l'accès aux informations [...] aussi bien en métropole que dans les territoires d'outre-mer* » (§37.b) relatives aux services de santé en matière de sexualité et de procréation.
19. Hormis quelques initiatives régionales bienvenues visant à faciliter l'accès des femmes aux informations relatives aux professionnel·les et services pratiquant des avortements (notamment site jvglesadresses.org du réseau régional implanté en Île-de-France -REVHO en soutien avec l'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France), le gouvernement n'a pas mis en place un répertoire national et a fait le choix, par la loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement, de répertoires régionaux gérés et mis à jour par les ARS.
20. Au-delà des formes très diverses que ces annuaires peuvent prendre et des difficultés pour y accéder, certains ne semblent pas être actualisés régulièrement. À titre d'illustration, le site de l'ARS Martinique renvoie vers un annuaire des ressources en santé sexuelle et reproductive réalisé par le Centre de Ressources d'Éducation et de Promotion de la Santé Sexuelle, remontant à 2020 alors qu'une édition datant de 2023 est disponible sur d'autres sites. Enfin, force est de constater que certains de ces répertoires ne sont pas encore disponibles notamment en Guadeloupe, Occitanie, Pays de la Loire et Hauts-de-France

La LDH et la FIDH demandent aux autorités de s'assurer de la mise en place effective et uniforme sur tout le territoire des répertoires régionaux des professionnel·les de santé pratiquant des IVG par les ARS et de garantir leur accessibilité.

d. L'encadrement défaillant des obligations découlant de l'invocation de la clause de conscience

21. Dans sa Recommandation générale n°24, le Comité CEDEF demande aux États de prendre « *des mesures pour faire en sorte que les femmes soient renvoyées à des professionnels de*

santé n'ayant pas les mêmes objections » (§11) lorsque les professionnel·les de santé refusent de pratiquer des IVG au motif de leur conscience.

22. Dans ses observations finales de 2013 concernant la Hongrie, le Comité CEDEF a recommandé à cet État de « *mettre en place un cadre réglementaire approprié et des dispositifs de surveillance de la pratique de l'invocation de la clause de conscience par les professionnels de la santé, et veiller à ce que dans le cas où la femme se voit opposer une clause qu'elle reçoive une information sur les autres possibilités* »⁷.
23. En France, l'article L.2212-8 du code de la santé publique dispose uniquement que le·la praticien·ne qui refuse de réaliser une IVG « *doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention* ». Cette simple mention des obligations légales des praticien·nes, n'assure pas une procédure de renvoi claire, précise et contraignante pour en faire en sorte que les femmes soient effectivement renvoyées à des professionnel·les de santé pratiquant les IVG. La liberté laissée aux professionnel·les de santé de définir eux·elles-mêmes la procédure qu'ils et elles mettront en œuvre peut entraîner des disparités de traitement importantes et le non respect de leurs obligations légales. D'autant qu'en l'absence de répertoire exhaustif des professionnel·les réalisant des IVG transmis aux praticien·nes ne pratiquant pas d'IVG, ces dernier·es n'ont pas nécessairement connaissance de celles et ceux qui la pratiquent.
24. Il convient de souligner qu'aucun mécanisme de surveillance, ni aucune sanction sont prévu·es en cas de non respect des obligations de l'article L.2212-8 du code de la santé publique.
25. En 2013, le HCE constatait que « *bien qu'ils en aient l'obligation, les médecins ne réorientent pas systématiquement les femmes vers une structure apte à réaliser cette première consultation* »⁸.
26. La Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes affirmait qu'« *en pratique, cette réorientation fait souvent défaut. Sans doute faut-il y voir une certaine négligence voire une mauvaise volonté de la part des praticiens de santé ne désirant pas pratiquer d'IVG* »⁹.

⁷ HCE, Rapport relatif à l'accès à l'IVG, Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires, 7 novembre 2013.

⁸ Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, Rapport d'information n°498, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 novembre 2022.

⁹ Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère, 07 février 2022.

La LDH et la FIDH demandent à la France de mettre en place un cadre réglementaire approprié, précis et contraignant avec des dispositifs de surveillance et de sanctions en cas de non respect par les médecins de leurs obligations découlant de l'invocation de leur clause de conscience.

3. À Mayotte, une gestion discriminante de la santé sexuelle et reproductive

27. Alors que 48 % de la population mahoraise est de nationalité étrangère (dont 95 % possède la nationalité comorienne)¹⁰, les femmes comoriennes en situation irrégulière vivant à Mayotte ne peuvent, en raison d'un système dérogatoire, bénéficier de l'aide médicale d'État, dispositif qui permet aux personnes étrangères en situation irrégulière sur le territoire métropolitain et dans les départements et régions d'Outre-mer autres que Mayotte, de bénéficier d'un accès aux soins et d'une prise en charge à 100 % de l'IVG.
28. Le motif financier est sur l'archipel, comme le signalent de nombreuses ONG et des instances comme la Commission des affaires sociales¹¹, un réel obstacle dans l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière et pour les femmes qui ne peuvent bénéficier d'une prise en charge financière de l'IVG une entrave dans l'accès à l'avortement.
29. Pour « faire face à l'accroissement démographique », l'ARS du département a annoncé fin mars 2023 proposer aux jeunes mères des stérilisations (ligature des trompes) dans le cadre d'un plan d'action sur la maîtrise de la natalité. Pourtant parallèlement en métropole, des médecins refusent, au nom de leur clause de conscience générale, que des femmes qui désirent et font le choix de ne pas avoir d'enfant aient recours à une contraception définitive, possibilité offerte par la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
30. Cette différence dans la politique de santé sexuelle française est une atteinte à la liberté de choix des femmes dans la maîtrise de leur fécondité.

La LDH et la FIDH demandent aux autorités françaises de mettre fin à leur politique nataliste différenciée en fonction des territoires, et de manière générale de respecter la liberté de choix des femmes dans la maîtrise de leur fécondité.

¹⁰ Commission des affaires sociales, Rapport d'information n°833, Mayotte : un système de soins en hypertension, déposé au Sénat le 27 juillet 2022.

¹¹ Proposition de résolution n°133 visant à protéger le droit à l'interruption volontaire de grossesse en France du risque de pénurie de pilules abortives, Enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 juin 2023.