HCE|fh

HAUT CONSEIL à l'EGALITE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Rapport relatif à l'accès à l'IVG

Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires

Rapport n°2013-1104-SAN-009 publié le 7 novembre 2013

En réponse à la saisine
de la Ministre des Droits des femmes,
Madame Najat Vallaud-Belkacem

Danielle BOUSQUET, présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, et **Françoise LAURANT**, présidente de la Commission : Santé, droits sexuels et reproductifs.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Premier ministre
Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

Remerciements

Le présent rapport a été réalisé par la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » du Haut Conseil avec le concours de membres associés ainsi que de personnalités extérieures, et avec l'appui du Secrétariat général du Haut Conseil. Que l'ensemble de ces personnes en soient remerciées.

Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » :

- **Françoise LAURANT,** Présidente de la Commission, membre du bureau national de la Ligue de l'enseignement, ancienne Présidente nationale du Planning Familial (2000 – 2009) ;
- **Nathalie BAJOS,** Sociologue-Démographe, Directrice de recherche à l'INSERM ;
- **Carine FAVIER,** Présidente nationale du Planning Familial, représentée par Véronique SEHIER, Co-présidente du Planning Familial ;
- **Sabine FOURCADE,** Directrice générale de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) représentée par Emilie RODRIGUEZ-DAMIAN, chargée de mission santé des femmes et éducation à la sexualité (SDFE), Caroline DESBORDES, chargée de mission stagiaire au Service des droits des femmes (SDFE) et Aurélie MARTIN, chargée de mission au Service des droits des femmes (SDFE) ;
- **Jean-Yves GRALL,** Directeur général de la santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, représenté par Béatrice BOISSEAU-MERIEAU ;
- **Alexandre JAUNAIT,** Maître de conférences en science politique à l'Université de Poitiers, spécialisé en sociologie et études du genre et de la sexualité.

Membres associé-e-s à la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » pour la thématique IVG :

- **Philippe FAUCHER,** Gynécologue-obstétricien, GCS Bluets-Trousseau et secrétaire général du réseau REVHO (Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie) ;
- **Maud GELLY,** Médecin généraliste au Centre Municipal de Santé à Saint-Denis et au Centre d'IVG de l'hôpital de Colombes, doctorante en sociologie au CSU-Paris 8 ;
- **Philippe LEFEBVRE,** Praticien Hospitalier, Chef du Pôle Femme-Mère-Enfant et du Service d'Orthogénie du Centre Hospitalier de Roubaix ;

- **Jean-Claude MAGNIER,** Gynécologue et membre du Conseil d'Administration de l'Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception (ANCIC) ;
- **Maya SURDUTS,** Porte-parole du Collectif National pour les Droits des Femmes (CNDF) et secrétaire générale de la CADAC (Coordination des Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception).

Autres membres du Haut Conseil

- **Danielle BOUSQUET,** Présidente du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes ;
- **Magali DE HAAS,** Membre de la Commission « Enjeux européens et internationaux », membre du conseil d'administration de l'association Osez le féminisme !;
- **Gilles LAZIMI,** Membre de la Commission « Violences de genre », médecin chef du centre municipal de santé de Romainville en Seine-Saint-Denis.

Personnalités extérieures auditionnées

- **Julie BARROIS,** Chargée de mission, Bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aigües, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Ministère des affaires sociales et de la santé ;
- **Déborah CVETOJEVIC,** Cheffe de bureau, Bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aigües, sous-direction de la régulation de l'offre de soins, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Ministère des affaires sociales et de la santé ;
- **Anne-Gaëlle DANIEL,** Chargée de mission IVG-contraception à l'ARS Ile-de-France ;
- **Sophie EYRAUD,** Vice-présidente de REVHO ; Relecture juridique de Diane Roman, Professeure de droit public, Université François Rabelais (Tours), Chercheuse au CREDOF (Université Paris Ouest Nanterre La Défense), Membre de l'Institut Universitaire de France, pour le projet Régine "Projet de Recherches et d'Études sur le Gentre et les Inégalités dans les Normes en Europe".

Pour le Secrétariat général

- **Gwladys DAVID,** Chargée de mission ;
- **Claire GUIRAUD,** Responsable du suivi des travaux de la Commission « Santé, Droits sexuels et reproductifs » ;
- **Marjorie MONNI,** Chargée de projet stagiaire ;
- **Caroline RESSOT,** Responsable des études ;
- **Romain SABATHIER,** Secrétaire général.

Relecture juridique de Diane ROMAN, Professeure de droit public, Université François Rabelais (Tours), Chercheuse au CREDOF (Université Paris Ouest Nanterre La Défense), Membre de l'Institut Universitaire de France, pour le projet Régine (Recherches et d'Etudes sur le Genre et les Inégalités dans les Normes en Europe)

Lettre de saisine

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DES DROITS DES FEMMES, PORTE-PAROLAT DU GOUVERNEMENT

La Ministre

N/REF: CAB/NVB/JT/PF

Paris, le 05 AVR. 2013

Madame la Présidente,

Vous le savez, le Gouvernement a fait de la santé des femmes et plus particulièrement de la garantie d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) une de ses priorités pour laquelle plusieurs actions ont déjà été réalisées.

Début juillet 2012, une instruction interministérielle concernant le droit à l'avortement a été envoyée aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) ainsi qu'aux directeurs et directrices d'établissements de santé pour rappeler la nécessité de mettre en place, au plan régional, un dispositif garantissant, pour toute femme souhaitant y recourir, un accès à l'IVG, notamment pendant la période estivale.

Conformément à l'engagement pris par le Président de la République, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a prévu le remboursement à 100 % de IVG. La suppression de la participation des assurées aux frais de soins sur les actes d'IVG lève un frein financier permettant de répondre à l'objectif d'amélioration de la prise en charge des femmes en situation de grossesse non désirée et de garantir le droit à l'IVG sur le territoire. Cette prise en charge représente pour l'Etat un effort annuel estimé à 13,5 M€.

Pour que cette mesure soit effective, le gouvernement a décidé parallèlement de revaloriser significativement le tarif de l'IVG, jusque-là très inférieur aux coûts supportés par les établissements. La mise en cohérence du tarif avec les coûts constitue une réponse nécessaire pour l'organisation d'une offre de prise en charge répondant aux besoins des femmes tant en termes de qualité que de délai.

Ces mesures importantes traduisent l'engagement du Gouvernement pour assurer aux femmes le plein exercice de leurs droits à disposer de leur corps. Pour autant des difficultés demeurent, notamment dans l'organisation territoriale des soins.

Les études disponibles font apparaître des disparités régionales très importantes dans la prise en charge et une baisse continue de la part des établissements privés qui posent la question de l'égalité d'accès sur le territoire à ce service essentiel pour les femmes. Enfin, l'information publique sur l'IVG est aujourd'hui trop peu visible alors même que les sites internet délivrant une information biaisée voire hostile à la pratique de l'IVG apparaissent en tête des classements de consultation sur les moteurs de recherche.

Madame Danielle BOUSQUET
Présidente du haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes
35 rue Saint Dominique
75007 PARIS

L'ensemble de ces questions nécessitent un travail d'expertise et de consultation pour lequel il me semble que votre instance pourrait conduire un travail de fond très utile, complémentaire des travaux d'évaluation que l'Etat engage sur ce sujet, dans le cadre de la modernisation de l'action publique.

C'est pourquoi je souhaite que vous puissiez étudier les meilleures pratiques et outils permettant pour chacun des territoires d'évaluer l'accessibilité, tout au long de l'année, des services sanitaires permettant aux femmes de recourir à une interruption volontaire de grossesse, en ville et en établissement.

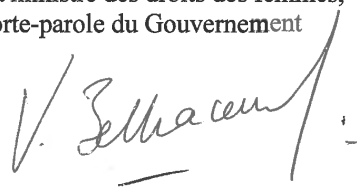
Le cas échéant, vous évaluerez également les modalités, juridiques et organisationnelles, pour inscrire la prise en charge des demandes d'IVG à part entière dans la planification régionale de l'offre de soins et dans l'organisation de la politique publique de santé.

Au regard de l'enjeu que constitue la qualité et la fiabilité de l'information en matière de santé, je souhaite que vous puissiez dresser un état des lieux de l'information dispensée sur Internet en matière d'IVG, et étudier les réponses qui peuvent être apportées à cette problématique, notamment par le droit actuel (droit de l'internet et des médias en particulier).

Je souhaite pouvoir disposer de premiers éléments d'analyse avant la fin du mois de septembre 2013 et d'un rapport consolidé en octobre 2013.

Je vous prie de croire, Madame la Présidente, à l'expression de ma considération distinguée.

La ministre des droits des femmes,
porte-parole du Gouvernement



Najat VALLAUD-BELKACEM

Synthèse

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est un événement assez courant de la vie sexuelle et reproductive des femmes. Près d'une femme sur trois aura recours à une IVG dans sa vie[1]. L'IVG n'est pas un problème : c'est une solution pour toute femme qui souhaite interrompre sa grossesse dans les délais prévus par la loi.

Pourtant, aujourd'hui encore, en France, l'accès à une IVG est parfois problématique.

Le droit à l'avortement demeure un droit « à part » : non consacré expressément par les textes juridiques comme l'expression d'un droit, le recours à l'IVG se heurte à différents obstacles. D'abord, la légitimité des femmes à se trouver en situation d'avoir à demander une IVG, dans un contexte social où la contraception est largement utilisée, est parfois remise en question[2] : l'IVG est souvent perçue comme un échec des femmes à maîtriser leur contraception. Encore aujourd'hui, un certain nombre d'éléments peuvent conduire les femmes à ne pas percevoir le droit à l'IVG comme un droit à part entière : parfois culpabilisées, elles peuvent se sentir obligées de justifier leur recours à l'IVG.

Par ailleurs, la fermeture de plus de 130 établissements de santé pratiquant l'IVG ces 10 dernières années[3] et le manque de moyens et de personnels contribuent à rendre le parcours de soins parfois difficile et peu accessible. L'évolution de la démographie médicale, doublée des départs à la retraite à venir des générations de médecins fortement impliqués dans la prise en charge des IVG risquent d'aggraver cette situation. Conséquences : le choix de la méthode IVG et le choix de la méthode d'anesthésie ne sont pas toujours garantis, les délais d'attente peuvent être quelques fois importants, et les distances à parcourir, longues. La confidentialité et la gratuité pour les femmes ne sont pas toujours assurées. L'ensemble de ces obstacles peut mener jusqu'à la non prise en charge de l'IVG conduisant ainsi un certain nombre de femmes à partir avorter à l'étranger.

Se pose enfin la question de la gouvernance et du partage des responsabilités dans le domaine de l'IVG : le système d'inspection est complexe et les sanctions, rares. Les acteurs concernés sont multiples et leur coordination souvent malaisée. Le suivi et l'évaluation de l'IVG ne sont que plus difficiles à mettre en place.

---

(1) Bajos N, Prioux F, Moreau C. [Increase of repeat abortion in France: From contraceptive issues to postponement of childbearing age]. Rev Epidemiol Sante Publique 2013;61(4):291-8

(2) Bajos N, Ferrand M. Les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. Revue Française des Affaires Sociales 2011;1:43-60

(3) Statistiques transmises par la DREES, 2011

Pour lutter contre l'ensemble de ces obstacles, le HCE propose 40 recommandations articulées autour de 4 axes :

1. **DROIT :** Faire de l'IVG un droit à part entière
2. **INFORMATION :** Développer un dispositif global d'information et de communication afin de faciliter l'orientation et l'entrée dans le parcours des femmes
3. **OFFRE DE SOINS :** Développer une offre de soins permettant aux femmes un accès rapide et de proximité à l'IVG et leur garantissant le choix de la méthode, la gratuité et la confidentialité
4. **GOUVERNANCE :** Clarifier les responsabilités, organiser un véritable suivi de l'activité et permettre la coordination des professionnel-le-s

Sommaire

REMERCIEMENTS 1

LETTRE DE SAISINE 3

SYNTHESE 5

SOMMAIRE 7

RECOMMANDATIONS 11

INTRODUCTION 17

1. L'IVG, un droit à part qui doit devenir un droit à part entière 21

2. Le dispositif d'information et de communication existant rend difficile l'orientation et l'entrée dans le parcours des femmes 27

A. L'orientation et l'information : une étape clé pour obtenir une IVG rapidement 30

B. Les outils et les structures dédiés à l'information et à l'orientation : de nombreux dysfonctionnements faisant obstacle à l'entrée dans le parcours de soins 31

1. Dysfonctionnements observés concernant les outils dédiés à l'orientation et l'information 31

2. Dysfonctionnements observés concernant les structures d'orientation et d'information 33

C. Le délai entre la demande de première consultation et la date de la consultation 36

1. Bien que crucial, le délai est difficilement mesurable 36

2. Des difficultés rencontrées par la femme pour planifier la première consultation et obtenir l'attestation 37

3. Des obstacles à l'entrée dans le parcours aux conséquences parfois lourdes 39

D. L'information, point de départ de l'accessibilité : la responsabilité de l'administration 44

3. L'offre de soins ne permet pas aujourd'hui un accès rapide et de proximité à l'IVG, ne garantit pas le choix de la méthode d'IVG et d'anesthésie, et n'assure ni la gratuité, ni la confidentialité.....45

Chapitre 1 : Une capacité en baisse, du personnel manquant et mésestimé, un forfait inadapté.....47

A. Face à une demande d'IVG stable, une offre de soins en baisse 49

1. La fermeture d'établissements publics et le désengagement du privé ont conduit à une forte concentration de l'offre de soins sur un nombre restreint d'établissements publics 50
2. Une pratique en cabinets libéraux récente, qui se développe de manière limitée et disparate 52
3. Centres de santé, centres de planification et d'éducation familiale : un développement récent et épars.....55

B. Les professionnel-le-s de santé : une démographie vieillissante, un statut mésestimé, une formation insuffisante 57

1. Le manque de personnel 57
2. Une démographie médicale en baisse et l'absence d'une relève militante 58
3. Un métier sous-estimé au statut peu valorisé.....59
4. Une formation des professionnel-le-s insuffisante qui conduit à des représentations empreintes d'une approche conservatrice de l'IVG 60
5. La clause de conscience.....62

C. Un mode de facturation de l'IVG par forfait qui sous-évalue son coût réel.....63

Chapitre 2 - Choix de la méthode, confidentialité et coûts : les obstacles pour les femmes à un véritable accès à l'IVG.....65

A. Le choix de la méthode IVG et de l'anesthésie : enjeu majeur d'une prise en charge de l'IVG de qualité.....67

1. Le choix de la méthode de l'IVG n'est pas toujours garanti.....67
2. Le choix de la méthode de l'anesthésie n'est pas toujours assuré 72

B. La confidentialité n'est pas toujours garantie, en particulier pour les femmes ayant droit d'un-e assuré-e, les mineures ou les jeunes majeures.....73

C. Malgré le remboursement à 100% de l'IVG, la prise en charge de l'ensemble de l'acte n'est pas totale.....75

D. Les entretiens psycho-sociaux ne sont pas systématiquement proposés 78

4. Gouvernance et responsabilités : les outils existants ne permettent pas un véritable pilotage de l'activité IVG 79

A. À tous les échelons de l'organisation, des objectifs imprécis en matière d'IVG 81
1. Au niveau national, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens liant l'Etat aux ARS ne mentionnent pas l'IVG 81
2. Au niveau régional, seule l'élaboration du SROS se voit imposer des orientations nationales et une sélection d'indicateurs en lien avec l'IVG 82
3. Pour autant, le SROS ne propose aucune norme dans la pratique de l'IVG : les indicateurs ne sont pas adossés à des objectifs chiffrés ni nationalement, ni régionalement 83
4. Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens liant les ARS aux établissements de santé : l'inscription de l'IVG n'est pas obligatoire 85

B. Des statistiques lacunaires qui ne permettent pas une connaissance précise et en temps réel de l'activité IVG 86
1. Des sources de statistiques nombreuses mais incomplètes… 86
2. … et qui ne sont pas à disposition des acteurs pour les outiller dans leur suivi 87

C. Des contrôles inexistants : les outils de pilotage sont insuffisants 88
1. Au niveau national, une organisation bicéphale qui opacifie les modalités de l'évaluation et du contrôle 88
2. Au niveau régional, un contrôle très faible de l'obligation légale faite aux établissements de santé publics de pratiquer les IVG 89

D. Des acteurs nombreux et une coordination trop peu développée 90
1. Un grand nombre d'acteurs sans structure de coordination régionale 90
2. Au niveau infrarégional, le besoin de coordination ville-hôpital 90

E. Financer des recherches sur l'IVG 92

5. Annexes 93

Recommandations

1. DROIT : Faire de l'IVG un droit à part entière

RECOMMANDATION N°1
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 »

RECOMMANDATION N°2
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

RECOMMANDATION N°3
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

2. INFORMATION : Développer un dispositif global d'information et de communication afin de faciliter l'orientation et l'entrée dans le parcours des femmes

RECOMMANDATION N°4
Mettre en place un numéro de téléphone national d'information « guichet unique » à quatre chiffres, anonyme et gratuit, renvoyant vers les plateformes téléphoniques régionales quand elles existent et sont opérationnelles

RECOMMANDATION N°5
Mettre en place une « équipe IVG » de veille et d'animation gérant le site **www.ivg.gouv.fr**, les outils internet et le numéro de téléphone national

RECOMMANDATION N°6
Organiser la 1ère campagne nationale d'information « sexualités, contraception, avortement »

RECOMMANDATION N°7
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 *via* 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

RECOMMANDATION N°8
Créer une version simplifiée du dossier-guide en collaboration avec les médecins et les associations

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

RECOMMANDATION N°9
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 et familial, sages-femmes etc.)

RECOMMANDATION N°10
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 **www.IVG.gouv.fr**

RECOMMANDATION N°11
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

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

RECOMMANDATION N°13
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

Assurer une prise en charge de qualité de l'IVG par les structures et les médecins pratiquant l'IVG

RECOMMANDATION N°14
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

RECOMMANDATION N°15
Supprimer la forfaitisation de l'IVG

RECOMMANDATION N°16
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

Assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité

RECOMMANDATION N°17
Inscrire les sexualités, la contraception et l'IVG :
- 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

RECOMMANDATION N°18
Informer 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 du système de soins

RECOMMANDATION N°19
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

Garantir le choix de la méthode

RECOMMANDATION N°20
Assurer à toutes les femmes l'information sur l'ensemble des méthodes d'IVG

RECOMMANDATION N°21
Assurer tous les choix de méthode dans chaque établissement de santé pratiquant l'IVG

Garantir la confidentialité et la gratuité

RECOMMANDATION N°22
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

RECOMMANDATION N°23
Appliquer la prise en charge à 100% de l'IVG à tous les actes associés à l'IVG

RECOMMANDATION N°24
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

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

RECOMMANDATION N°25
Créer un « Plan National sexualités-contraception-IVG », véritable programme de santé publique doté de moyens dédiés et assorti d'un système d'évaluation

RECOMMANDATION N°26
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

RECOMMANDATION N°27
Faire réaliser des « testings » ponctuels pour apprécier les capacités de réponses opérationnelles du dispositif de prise en charge de l'IVG

RECOMMANDATION N°28
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

RECOMMANDATION N°29
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) :
- 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

RECOMMANDATION N°30

Financer des recherches sur l'IVG, et notamment sur les sujets peu connus aujourd'hui

RECOMMANDATION N°31

Inviter le Parlement à inscrire l'accès à l'IVG dans son programme d'évaluation des politiques publiques

Au plan régional

RECOMMANDATION N°32

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

RECOMMANDATION N°33

Développer des « Commissions régionales sexualités-contraception- IVG» dédiées et indépendantes. 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 »

RECOMMANDATION N°34

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 doté d'un financement public

Introduction

1. L'IVG est un événement assez courant de la vie sexuelle et reproductive des femmes : près de 35% des femmes ont recours à une IVG dans leur vie[4]. L'IVG n'est pas un problème : c'est une solution à une grossesse non désirée.

2. La liberté d'interrompre une grossesse demeure un droit « à part ». Encore aujourd'hui, certains éléments peuvent conduire les femmes à ne pas percevoir le droit à l'IVG comme un droit à part entière : culpabilisées, elles se sentent obligées de justifier leur choix. En effet, si le recours à l'IVG est de plus en plus considéré comme l'expression d'un droit acquis en France, la légitimité des femmes à recourir à une IVG, dans un contexte social où la contraception est largement utilisée, reste problématique : l'IVG est encore perçue comme un échec des femmes à maîtriser leur contraception.

3. Depuis déjà de nombreuses années, les acteurs et actrices de l'IVG et les associations ont établit le constat que certaines femmes souhaitant avoir recours à une IVG se trouvaient face à un véritable parcours d'obstacles. Aujourd'hui encore, de nombreux freins peuvent être identifiés : diminution de l'offre de soins, dégradation de la qualité d'accueil, choix de la méthode, anonymat et gratuité non garantis.

Ces freins peuvent conduire certaines femmes à partir avorter à l'étranger, faute d'avoir trouvé une solution dans les délais légaux en France.

4. Le 5 avril 2013, Madame Najat Vallaud-Belkacem, Ministre des Droits des femmes, a saisi le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, conformément aux articles 2 et 3 du décret n°2013-8 du 3 janvier 2013 portant création du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, d'un travail de fond sur l'accès à l'avortement, et complémentaire des travaux d'évaluation que l'Etat engage sur ce sujet.

5. La saisine établit les constats suivants :

- Des difficultés pour l'accès aux services IVG dans l'organisation territoriale des soins, avec d'importantes disparités d'accès entre les territoires ;
- Une information publique sur l'IVG trop peu visible sur internet et en concurrence avec des sites délivrant une information biaisée.

---

(4) Bajos et al 2013, op cit

(5) Bajos N, Ferrand M. Les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. Revue Française des Affaires Sociales 2011;1:43-60

6. La Ministre des Droits des femmes demande au Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes :
- D'identifier les meilleures pratiques et outils d'évaluation de l'accessibilité des services permettant le recours à un avortement mis en œuvre par les territoires tout au long de l'année ;
- D'identifier les modalités juridiques et organisationnelles permettant d'inscrire – dans la planification régionale de l'offre de soins et l'organisation de la politique publique de santé - la prise en charge des demandes d'IVG ;
- D'établir un état des lieux de l'information dispensée sur internet en matière d'IVG afin d'identifier les réponses possibles, notamment juridiques.

7. Le Haut Conseil a convenu d'un rendu en deux temps :
- Un Volet 1 portant spécifiquement sur l'information relative à l'avortement sur internet. Il a été remis à la Ministre des droits des femmes et publié le 13 septembre 2013 ;
- Un Volet 2 portant plus généralement sur l'accès à l'IVG. Il s'agit du présent document, remis à la Ministre le 7 novembre 2013.

8. Pour un discours public volontariste et accessible sur l'IVG, le Haut Conseil recommande dans le Volet 1 le financement d'un dispositif global d'information et de communication à quatre piliers : site internet institutionnel, numéro de téléphone national unique à quatre chiffres anonyme et gratuit, équipe assurant la veille et l'animation des outils, et campagne nationale d'information. Le Haut Conseil à l'Egalité salue donc l'avancée que constitue la mise en place du site **www.ivg.gouv.fr**, véritable outil de l'information dédiée à l'IVG. Le Haut Conseil invite désormais les pouvoirs publics à veiller à l'animation de ce site internet : une information accessible, objective et adaptée appelle en effet les pouvoirs publics à être en mouvement, en renouvelant les contenus du site régulièrement, et en assurant une veille active sur les réseaux sociaux, afin que les femmes puissent exercer librement leur droit à disposer de leur corps.

9. Le Haut Conseil salue également les précédentes mesures prises par le gouvernement permettant aux femmes un meilleur accès à leur droit à disposer de leur corps : la gratuité pour les mineures de plus de 15 ans des contraceptifs médicaux déjà partiellement remboursés par l'Assurance Maladie, la prise en charge à 100% du forfait IVG, ainsi que la revalorisation du tarif du forfait de l'IVG.

10. Le présent rapport développe des recommandations sur la base de l'expertise des membres du Haut Conseil et des membres associés à la commission Santé, droits sexuels et reproductifs, de la littérature concernant l'IVG et la contraception, des audutions d'expert-e-s du sujet, ainsi que sur les inspections de l'ensemble des établissements de santé pratiquant des IVG menées par les Agences Régionales de Santé (ARS) entre 2006 et 2010, dans le cadre du plan pluriannuel d'inspection[6]. Ces inspections ont abouti, au niveau de chaque ARS, à des bilans d'inspections, établissement par établissement, et à un bilan régional. Ces éléments ont été particulièrement utiles au travail de la commission.

(6) Un courrier, que vous retrouverez en annexe, a été envoyé à chacune des ARS afin de leur demander de communiquer au Haut Conseil les rapports issus des inspections. 25 ARS sur les 26 ont répondu

11. Le rapport s'appuie également sur de multiples études et rapports institutionnels publiés ces dernières années, faisant aussi état des insuffisances du service public en matière d'IVG : les travaux de la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale de 2001 et de 2008, l'étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de 2007 et les rapports annuels sur le sujet, le rapport de l'Inspection Générales des Affaires Sociales (IGAS) de 2009, le rapport du Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle (CSIS) de 2011. Force est de constater que les rapports se suivent mais les obstacles demeurent.

12. Le Haut Conseil est conscient de cette situation et ne s'y résigne pas. Après six réunions de la Commission Santé et de nombreuses phases d'échanges entre l'ensemble des membres, des analyses et des recommandations partagées ont émergé. Le présent rapport a été adopté en Assemblée plénière le 4 novembre 2013. Le Haut Conseil escompte que ses recommandations seront saisies pour marquer une nouvelle étape significative dans l'effectivité du droit à l'avortement.

13. Ce rapport a trois ambitions :

- Actualiser le diagnostic sur la situation de l'accès et de l'exercice à l'IVG aujourd'hui à partir des chiffres 2012 de la Stastistique Annuelle des Établissements de Santé (SAE), des dernières données statistiques collectées par la DREES et transmises au Haut Conseil dans le cadre de ses travaux, des remontées des inspections faites par les ARS, ainsi que des remontées de terrain des actrices et acteurs de l'IVG.
- Fixer un objectif clair : faire de l'avortement un droit à part entière et de l'IVG un acte médical comme un autre, dénué de représentations moralisatrices et d'idées reçues, et dont l'accès et l'exercice sont, dans les faits, garantis par un service public qui assure pleinement sa mission ;
- Suciter des actions volontaristes pour réparer les insuffisances graves et persistantes du service public, et pour pouvoir, à terme, inscrire l'acte de l'IVG dans le droit commun.

14. Le présent avis a également été élaboré :

a. Considérant la Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 dite Loi Veil autorisant pour une période probatoire de 5 ans l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) avant la fin de la dixième semaine de grossesse ;

b. Considérant la Loi du 31 décembre 1979 dite Loi Pelletier, reconduisant définitivement la loi Veil du 17 janvier 1975 et augmentant les peines pour les femmes et les médecins en cas d'IVG illégale ;

c. Considérant l'article 12 al. 1 de la convention pour l'élimination des discriminations à l'encontre des femmes (CEDAW), adoptée en Assemblée générale des Nations Unies en 1979 et ratifiée en 1983 par la France, demandant aux Etats parties de prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité des hommes et des femmes, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille ;

d. Considérant la Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social dite « loi Neiertz » et créant le délit d'entrave à l'IVG ;

e. Considérant le principe 4 du programme d'action de la conférence internationale du Caire sur la population et le développement (CIPD) de septembre 1994 qui rappelle que veiller à ce que les femmes aient les moyens de maîtriser leur fécondité est un élément capital des programmes relatifs à la population et au développement ;

f. Considérant le programme d'action de Pékin, adopté en septembre 1995 lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, qui rappelle que la santé en matière de procréation suppose le droit de mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, et la liberté et la possibilité de décider si et quand les femmes veulent avoir des enfants. Le programme précise que cela implique que femmes et hommes ont le droit d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale et d'utiliser celle qui leur convient ou toute autre méthode de régulation des naissances qui ne soit pas illégale, ainsi que le droit à des services de santé assurant un bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement ;

g. Considérant la Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception portant le délai d'IVG à 12 semaines de grossesse, permettant aux mineures d'avorter sans autorisation parentale, autorisant les médecins de ville à réaliser des IVG médicamenteuses, obligeant les établissements publics de santé disposant de lits ou de places en gynécologie obstétrique ou en chirurgie à pratiquer les IVG ;

h. Considérant la Résolution 1607 adoptée par le Conseil de l'Europe en avril 2008 promouvant un accès à un avortement sans risque et légal en Europe ;

i. Considérant l'instruction n° DGOS/R3/DGS/MC1/2012/265 du 3 juillet 2012 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été rappelant aux ARS de s'assurer du bon fonctionnement des permanences téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception ;

j. Considérant le relevé de décisions du Comité interministériel aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes du 30 novembre 2012 ;

k. Considérant le décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures.

Note terminologique

1- L'avancement d'une grossesse est défini par le terme. Il peut être exprimé en semaines de grossesse ou semaines d'aménorrhées. La fécondation ayant lieu en moyenne deux semaines après le premier jour des dernières règles, une grossesse durant 39 semaines se déroule donc entre les termes de 2 et 41 semaines d'aménorrhée.

Dans ce rapport, nous exprimerons le terme de grossesse en semaines de grossesse.

2- Les termes avortement et IVG seront utilisés l'un et l'autre indifféremment, bien que la définition médicale de l'avortement comprenne également les interruptions involontaires de grossesse. Toutefois, ce cas n'est jamais mentionné dans le rapport.

1. L'IVG, un droit à part qui doit devenir un droit à part entière

1. L'IVG, un droit à part qui doit devenir un droit à part entière

Passer d'une égalité en droit à une égalité réelle : tel est l'objectif de la « troisième génération pour les droits des femmes » promue par la Ministre des Droits des femmes et le gouvernement. La question de l'avortement illustre les enjeux qui se posent aujourd'hui autour de l'accès et de l'exercice des droits pour poursuivre la marche vers l'émancipation des femmes et l'égalité entre les sexes.

La maîtrise par les femmes de leur fécondité aura été au cours de la deuxième moitié du vingtième siècle un élément fondamental de cette marche. Cet « *habeas corpus* » moderne, pour emprunter les mots de la philosophe Geneviève Fraisse, que sont la contraception et l'avortement, libère les femmes. La contraception et l'avortement libèrent les femmes de l'arbitraire des "lois de la nature" et de la reproduction. La contraception et l'avortement les libèrent en partie de la domination masculine et de l'injustice qui voudraient que leur corps ne leur appartienne pas.

> "*[Les femmes se] font [avorter] dans des conditions dangereuses en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées alors que cette opération, pratiquée sous contrôle médical, est des plus simples. On fait le silence sur ces millions de femmes. Je déclare que je suis l'une d'elles. Je déclare avoir avorté. De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l'avortement libre.*"

Depuis ce message porté dans le « manifeste des 343 » publié en 1971, depuis le procès de Bobigny en 1972, ou encore la constitution du MLAC (Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception), l'avortement est devenu un droit.

La loi Veil du 17 janvier 1975 a dépénalisé l'avortement et l'a autorisé dans un délai de 10 semaines. Néanmoins, la loi a alors tenu à reconnaître une clause de conscience pouvant permettre à tout-e médecin, sage-femme, infirmier-ière, auxiliaire médical-e ou à tout établissement hospitalier privé de refuser de donner suite à une demande d'IVG (article L.2212-8 du Code de santé publique). La loi s'est efforcée de limiter les IVG en affirmant tout d'abord le respect dû à la vie et en posant ensuite, à titre de dérogation, la possibilité pour une femme enceinte que son état placerait dans une situation de détresse de demander une interruption de grossesse. L'objectif était d'empêcher que les IVG ne deviennent un moyen de réguler les naissances. La loi n'a alors pas prévu le remboursement par la Sécurité sociale, mais une prise en charge sur demande au titre de l'aide médicale. Enfin, la loi n'a été adoptée que pour une période de 5 ans.
Ces diverses dispositions, visant à singulariser l'avortement et à en limiter l'accès dans un contexte soulevant des passions considérables autour de débats de conscience et d'éthique, montrent que l'IVG n'a pas initialement été posée comme un droit à part entière par le législateur, mais comme une concession.

En 1979, la loi dite Pelletier reconduit définitivement la loi Veil. En 1982, la loi Roudy pour l'IVG instaure la prise en charge par l'État des dépenses engagées par l'Assurance Maladie au titre des IVG. En 1993, la loi du 27 janvier crée le délit d'entrave qui sanctionne notamment les actions commando dans les centres d'IVG, et supprime la pénalisation de l'auto-avortement.

La loi de 2001 affirme clairement une approche en terme de droit, allonge le délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse, assouplit les conditions d'accès aux contraceptifs et à l'IVG pour les mineures. L'association de l'avortement et de la contraception dans une même loi marque par ailleurs une avancée importante en termes de droit. La loi a donc été actualisée et modernisée au fur et à mesure du soutien de plus en plus massif dans la société au droit à l'avortement, et de la diminution des résistances qu'il suscite.
Toutefois, malgré ces progrès, les professionnel-le-s du droit de la santé associé-e-s à ce travail regrettent que l'IVG ne soit pas encore un droit plein et entier, du fait de l'esprit de la loi d'origine, qui perdure encore, et qui considère l'avortement comme une dérogation au respect dû à la vie fondée sur la détresse de la femme.

La loi a donc été actualisée et modernisée au fur et à mesure du soutien de plus en plus massif dans la société au droit à l'avortement, et de la diminution des résistances qu'il suscite.

Ce corpus législatif n'est plus remis en cause. Il a fait depuis 1975 la preuve de son impérieuse nécessité et de son efficacité. L'avortement ne s'est pas substitué à la contraception ; les morts et les lourdes séquelles de l'avortement clandestin ont été évités. L'accès à un avortement sûr et légal répond au fait que l'IVG est un acte assez courant de la vie des femmes qui concerne une femme sur trois dans sa vie, de toutes origines et de tous milieux. Bon gré mal gré aujourd'hui, la grande majorité des femmes en France trouvent une solution adaptée pour recourir à l'IVG.

Pour autant, la légitimité du recours au droit, elle, peut être remise en cause : insidieusement par les organisations anti-avortement sur internet, ou par l'utilisation d'expressions telles que « IVG de confort » - renvoyant à l'idée que l'IVG peut être perçue par les femmes comme un moyen de contraception, ou encore d' « échec » de contraception – entendu comme l'échec des femmes à maîtriser leur contraception. La loi est encore imprégnée de ces représentations : l'expression de « femme en situation de détresse » renvoie à l'idée que l'IVG doit être un ultime recours, la faisant basculer d'un droit, à une concession dans des cas exceptionnels. Ainsi par exemple, les juges judiciaires et administratifs refusent d'admettre la responsabilité du médecin en cas d'échec de l'IVG : le préjudice d'une femme dont l'avortement a échoué du fait de la faute du médecin n'est pas réparable, car la naissance d'un enfant, même non désirée, n'est pas considérée comme un préjudice(7).

Ce travail est d'autant plus nécessaire qu'il contribuera en changeant les mentalités à faire évoluer le système d'offres de soins et ainsi à dépasser les obstacles que peuvent encore rencontrer certaines femmes lorsqu'elles souhaitent avorter.

Les freins organisationnels qui existent en effet dans l'offre de soins induisent de graves et persistantes insuffisances du service public. Cette situation entraine pour certaines femmes de pénibles conséquences qui peuvent encore faire du recours à l'IVG un véritable parcours de la combattante.

(7) Cour de Cassation Civile 1ère, 25 juin 1991. CE, 2 juillet 1982, N° 23141

La première recommandation du Haut Conseil à l'Egalité renvoie donc à la volonté de dédramatiser, de déstigmatiser et de normaliser l'IVG, et ce dans les faits comme dans la loi.

RECOMMANDATION N°1

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 médecin de l'interrompre »

D'autres éléments législatifs doivent être modifiés pour faire de l'IVG un acte médical à part entière. Les questions de la clause de conscience, du délai de réflexion et de la forfaitisation de l'acte IVG seront donc abordées au fil du du rapport.

2. Le dispositif d'information et de communication existant rend difficile l'orientation et l'entrée dans le parcours des femmes

Eléments de cadrage

Les méthodes de l'IVG

Il existe différentes méthodes d'IVG :
- L'IVG médicamenteuse ;
- L'IVG par aspiration appelée également instrumentale ou chirurgicale sous anesthésie locale ;
- L'IVG par aspirationappelée également instrumentale ou chirurgicale sous anesthésie générale.

Les acteurs de l'IVG

Le système de soins de l'IVG implique de multiples acteurs et actrices.

L'IVG par aspiration ne peut être pratiquée à ce jour qu'en établissement de santé.

L'IVG médicamenteuse peut être pratiquée en établissement de santé, et également par des médecins et gynécologues libéraux dans leur cabinet, ainsi que par les centres médico-sociaux (Centres de Planification ou d'Education Familiale et centres de santé), après avoir signé une convention avec un établissement de santé.

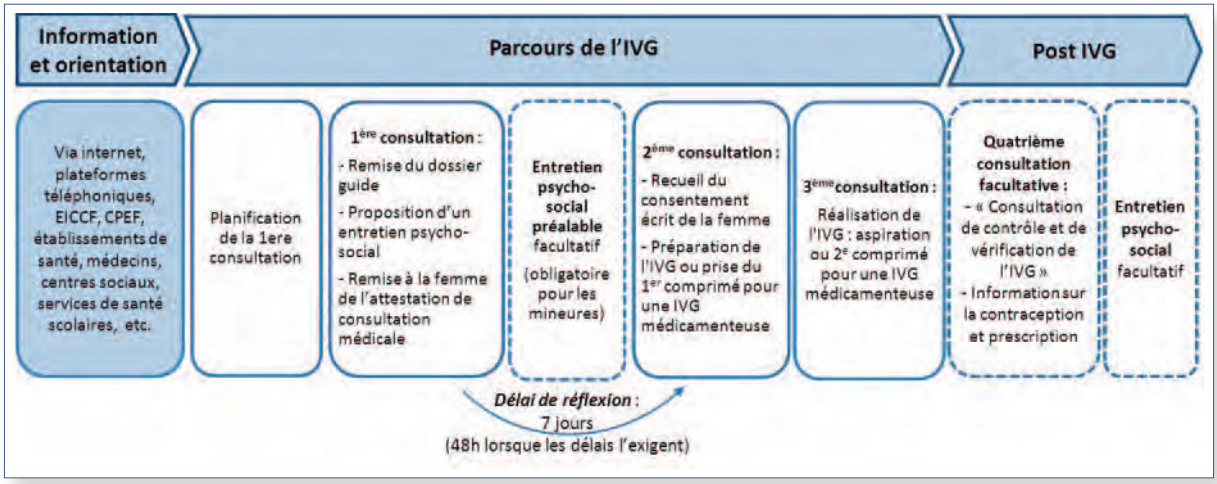
Type de lieu	Information / orientation	Première consultation (délivrant l'attestation)	Entretien psycho-social pré-IVG facultatif (obligatoire pour les mineures)	Deuxième et troisième consultations		Entretien psycho-social post-IVG facultatif	Entretien psycho-social post-IVG facultatif
				Pratique de l'IVG médica-menteuse	Pratique de l'IVG chirurgicale		
Plateforme téléphonique régionale	X	-	-	-	-	-	-
Internet	X	-	-	-	-	-	-
Etablissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF)*	X	-	X	-	-	X	-
Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)*	X	X	X	X	-	X	X
Centre de santé*	X	X	X	X	-	X	X
Gynécologue (en ville)	X	X	X	X	-	X	X
Médecin généraliste (en ville)	X	X	X	X	-	X	X
Etablissement de santé privé	X	X	X	X	X	X	X
Etablissement de santé public	X	X	X	X	X	X	X

*Centres médico-sociaux

Si une Convention avec le Conseil Général et un établissement de santé a été signée

Les étapes de l'IVG

Actuellement, le parcours est le suivant :



A. L'orientation et l'information : une étape clé pour obtenir une IVG rapidement

Avant de pratiquer un avortement, il est nécessaire de se renseigner afin de s'orienter vers les structures adéquates.

Accéder à l'information concernant l'IVG est porteur de plusieurs enjeux essentiels :
- Pouvoir entrer rapidement dans le parcours de soins de l'IVG et réduire ainsi le risque d'être hors délai ;
- Permettre un véritable choix par les femmes de la méthode de l'IVG et de l'anesthésie ;
- Disposer d'un droit fondamental sans supplément d'angoisse et/ou de culpabilisation, en toute légitimité et sans que les femmes ne se sentent l'obligation de se justifier.

Les informations peuvent être identifiées *via* :
- Les outils de l'information et de la communication :
  - Internet ;
  - Plateformes téléphoniques régionales.
- Les structures d'orientation et d'information :
  - Structures hospitalières : établissement public ou privé de santé ;
  - Centres médico-sociaux : Établissement d'Information et de Conseil Conjugal et Familial (EIFF), Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF), centre de santé, service de santé scolaire, etc. ;
  - Gynécologues ;
  - Médecins généralistes.

B. Les outils et les structures dédiés à l'information et à l'orientation : de nombreux dysfonctionnements faisant obstacle à l'entrée dans le parcours de soins

1. Dysfonctionnements observés concernant les outils dédiés à l'orientation et l'information

a. Internet : des sources nombreuses et peu fiables

Le volet 1[8] du rapport sur l'accès à l'IVG publié le 13 septembre dernier faisait état de la grande place d'internet dans la recherche d'information en matière de santé, et plus particulièrement pour les femmes et les jeunes :

- 79,6% des français utilisent internet[9] ;
- 35% des français utilisent internet pour des questions de santé, soit 38,9 % des femmes et 30,4 % des hommes ;
- Parmi les 15-30 ans, 57,2% des femmes utilisent internet pour des questions de santé, contre 39,7% des hommes ;
- 80% des jeunes ayant eu recours à internet pour des questions de santé estiment les informations recueillies comme étant le plus souvent crédibles[10].

Or, la forte présence des mouvements anti-avortement sur internet entrave l'accès à une information fiable et de qualité. L'information dispensée sur le net n'est pas propre à assurer une entrée facilitée dans le parcours vers l'IVG. Elle peut même développer un sentiment de culpabilité chez les femmes.

Les recommandations du Haut Conseil à l'Égalité ont été pour l'heure partiellement reprises par le gouvernement, avec la mise en ligne du site **www.ivg.gouv.fr**.

b. Plateformes téléphoniques : un fonctionnement aléatoire

Chaque région doit, depuis 1999[11], disposer de sa plateforme téléphonique officielle. Ce service d'information téléphonique peut être assuré par une structure existante habilitée dans le domaine de la contraception ou de l'IVG (centre de planification et d'éducation familiale, établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, autres associations) ou par un établissement de santé.

(8) http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et/actualites-53/article/information-sur-l-avortement-sur

(9) InternetWorld Stats

(10) Les comportements de santé des jeunes, Analyses du Baromètre santé 2010 ; Sous la direction de François Beck et Jean-Baptiste Richard ; INPES

(11) Circulaire DH/DGS/DREES/SEDF n° 99-628 du 17 novembre 1999 relative à l'organisation et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans les établissements de santé publics et privés

Ainsi que nous l'énoncions dans le volet 1, l'on observe une grande hétérogénéité dans les fonctionnements des plateformes : elles n'ont pas les mêmes moyens ni la même efficacité selon les territoires. Les inspections des établissements de santé font remonter qu'un tiers des ARS(12) relève des dysfonctionnements de ces plateformes : absence, désactivation ou méconnaissance de la ligne, par les professionnel-le-s ou le public. Les témoignages des acteurs et actrices de l'IVG recueillis par le Haut Conseil à l'Égalité indiquent que certaines lignes renvoient en réalité au secrétariat du service IVG d'un hôpital, quand d'autres semblent saturées et sont impossibles à joindre. Dans les faits donc, toutes les régions ne sont pas équipées, et les plateformes existantes sont parfois non opérationnelles ou saturées.

La visibilité des numéros est par ailleurs très variable, et ceux communiqués ne sont pas toujours corrects : les numéros en ligne sur le site du Ministère de la Santé ne correspondent pas nécessairement aux numéros en ligne sur le site de l'INPES par exemple.

Enfin, ces plateformes régionales sont concurrencées par les numéros verts nationaux des organisations anti-avortement, par lesquels l'accès aux informations pratiques est entravé.

Ces plateformes ont pourtant un rôle central : elles sont potentiellement les premières interlocutrices des femmes, aptes à leur fournir les informations essentielles au bon déroulement du processus. Les associations anti-avortement l'ont bien compris : il existe un enjeu de communication fort autour de ces plateformes.

Il est donc urgent de se saisir de cette question et d'améliorer la visibilité des numéros, auprès du public mais également des professionnel-le-s de santé et des travailleuses et travailleurs sociaux. Il est également essentiel de renforcer le lien entre ces plateformes et les acteurs des IVG : en effet, les interlocutrices et interlocuteurs des plateformes doivent être en mesure de communiquer aux femmes les coordonnées des médecins, des établissements et des centres médico-sociaux pratiquant les IVG.

Il apparait donc que l'information disponible sur l'avortement – que ce soit sur internet ou dans les territoires – est parcellaire et parfois biaisée. La visibilité de l'offre du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse est largement insuffisante.

En complément de la recommandation aujourd'hui satisfaite relative à la création d'un site dédié à l'IVG, le volet 1 portait les recommandations suivantes qu'il convient ici de rappeler :

RECOMMANDATION N°4

Mettre en place un numéro de téléphone national d'information « guichet unique » à quatre chiffres, anonyme et gratuit, renvoyant vers les plateformes téléphoniques régionales quand elles existent et sont opérationnelles

RECOMMANDATION N°5

Mettre en place une « équipe IVG » de veille et d'animation gérant le site www.ivg.gouv.fr, les outils internet et le numéro de téléphone national

RECOMMANDATION N°6

Organiser la 1re campagne d'information nationale « sexualités, contraception, avortement »

(12) Ces informations sont issues des rapports d'inspection des établissements de santé pratiquant l'IVG que les ARS ont communiqué

2. Dysfonctionnements observés concernant les structures d'orientation et d'information

Plusieurs structures sont à même d'offrir aux femmes les informations nécessaires à l'IVG et de les orienter vers les professionnel-le-s adéquats.

Le schéma ci-dessous indique la répartition des premiers interlocuteurs et interlocutrices des femmes. A l'exception de celles de moins de 20 ans, les femmes choisissent en majorité d'aller voir un-e gynécologue pour s'orienter en matière d'IVG. Les gynécologues sont donc l'un des piliers du processus d'orientation des femmes.

Premier interlocuteur contacté par tranche d'âge au moment de l'IVG(13)

Age au moment de l'IVG	Structure hospitalière	Centre médico-social	Gynécologue	Généraliste
<20	**29,9%**	25,1%	29,4%	15,6%
20 à 24	25,1%	18,3%	**35,7%**	21,0%
25 à 29	24,1%	9,4%	**45,1%**	21,4%
30 à 34	13,5 %	12,6 %	**38,1 %**	35,8 %
35 et +	7,8 %	5,4 %	**44,3 %**	42,4 %

L'étude « Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France »(14) indique par ailleurs que les ressources relationnelles des femmes influencent grandement la manière dont s'engagent leurs démarches. Le fait d'avoir déjà eu recours à une IVG ou d'avoir dans son entourage une personne y ayant déjà eu recours permet un accès plus rapide et plus direct.

(13) Enquête COCON, Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative N. BAJOS, C. MOREAU, M. FERRAND, J. BOUYER

(14) Idem

a. Les centres médico-sociaux (EICCF et CPEF) : des structures clés de l'orientation et de l'information à la visibilité faible

Les centres médico-sociaux rassemblent entre autres les EICCF (Etablissement d'Information et de Conseil Conjugal et Familial) et les CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale).

Missions des EICCF et des CPEF(15)

EICCF	CPEF
Activités sociales, psycho-sociales et éducatives	
◗ **Accueil, information et orientation** sur les questions relatives à la fécondité, la contraception, la sexualité et la prévention des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	◗ Diffusion **d'informations** et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et collectivités concernés
◗ **Préparation à leur vie de couple** des jeunes et à la fonction parentale notamment à travers une information individuelle et collective en milieu scolaire	◗ **Préparation à la vie de couple** et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal et familial
◗ **Entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse** prévus à l'article L. 2212-4 et accompagnement des femmes ayant subi une interruption volontaire de grossesse	◗ **Entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse** prévue par l'article L. 2212-4 ◗ Entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant **suite à une interruption volontaire de grossesse**
◗ Accueil et conseil aux personnes se trouvant dans des situations difficiles liées à des **dysfonctionnements familiaux ou victimes de violences**	
Activités médicales	
	◗ **Consultations médicales** relatives à la maîtrise de la fécondité

Institués en 1967, financés par l'Etat, les EICCF proposent l'entretien préalable aujourd'hui obligatoire seulement pour les mineures et facultatif pour les majeures(16). Ils assurent également le conseil, l'information et l'orientation des femmes. Du fait de l'absence de médecin, ces structures ne sont pas en capacité aujourd'hui de proposer la première consultation obligatoire au cours de laquelle est délivrée l'attestation de premier rendez-vous nécessaire à la poursuite du processus. Elles constituent néanmoins des structures de proximité importantes pour l'orientation et l'information.

Les femmes souhaitant avorter peuvent également se rendre dans un CPEF : elles pourront y réaliser l'entretien facultatif pré-IVG, et également la première consultation permettant d'obtenir l'attestation, qui marque le début de la semaine obligatoire de réflexion.

(15) Article R.2311-4 d code de la santé publique et R.2311-7 du code de la santé publique
(16) L'entretien préalable n'est plus obligatoire pour les femmes majeures depuis la loi du 4 juillet 2001

L'IGAS[17] insiste sur le fait que ces deux structures disposent de peu de lisibilité et de visibilité. Leurs compétences se télescopent en matière d'information et d'orientation, mais seuls les CPEF ont la possibilité de réaliser des consultations médicales. Or, ces différences sont très peu connues par le public, qui identifie ces deux structures sous la même nomination « le Planning ». Dès lors, il est difficile pour les femmes d'identifier rapidement, en dehors des centres hospitaliers et des médecins, la structure d'orientation et d'information qui sera la plus à même de leur apporter les informations dont elles ont besoin.

L'IGAS souligne par ailleurs que si l'activité d'IVG représente 85% des entretiens menés par les CPEF, depuis la suppression de l'obligation de l'entretien psycho-social préalable pour les majeures, l'activité IVG est dorénavant moins importante pour les EICCF. Ces derniers ne pouvant faire la première consultation, les CPEF semblent plus indiqués comme interlocuteur.

RECOMMANDATION N°7

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 *via* 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

b. Les professionnel-le-s de santé (gynécologues et généralistes de ville) : une diffusion limitée des informations

Les femmes peuvent obtenir les informations nécessaires à l'IVG, et peuvent aussi réaliser leur première consultation et obtenir leur attestation à l'hôpital ou chez le médecin.

Les médecins sont en effet obligés par la loi[18] de fournir à leurs patientes l'information concernant l'IVG, et de délivrer le dossier-guide sur l'IVG. Ce dossier est publié et diffusé par les Agences Régionales de Santé (ARS). Cependant, selon les actrices et acteurs de terrain, ce guide est peu distribué, les professionnel-le-s l'estimant insuffisamment synthétique et peu abordable.

En outre, les médecins n'ont pas toujours à leur disposition les éléments nécessaires pour orienter les femmes vers les structures adéquates : aucune liste de leurs collègues pratiquant les IVG médicamenteuses en ville ou des établissements aptes à prendre en charge cet acte ne leur est transmise. Le site ivg.gouv.fr permettra entre autre de faciliter l'accès à l'information des femmes, mais également des professionnel-le-s de santé souhaitant s'informer sur l'IVG.

RECOMMANDATION N°8

Créer une version simplifiée du dossier-guide en collaboration avec les médecins et les associations

Ce document pourrait aussi être mis à disposition dans plusieurs lieux publics afin d'en assurer une large diffusion.

Outre l'accès aux informations, l'entrée dans le parcours de soins de l'IVG est également tributaire de la prise de rendez-vous.

(17) IGAS, « Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan », 2011
(18) Article L. 2212-3 du Code de la Santé publique

C. Le délai entre la demande de première consultation et la date de la consultation

La première consultation médicale est obligatoire : à cette occasion les renseignements relatifs à l'intervention sont transmis aux femmes, ainsi qu'une information sur la possibilité de rencontrer d'autres professionnel-le-s (conseiller-e-s conjugal et familial, psychologue). A la fin de ce premier rendez-vous, une attestation leur est remise.

À compter de cette consultation et à l'obtention de l'attestation, selon l'article L.2212-5 du code de la santé publique, chaque femme dispose de 7 jours de réflexion à l'issue desquels une seconde consultation est prévue pour organiser l'IVG (choix de la méthode, etc.), voire la pratiquer. Quand le délai légal de 12 semaines de grossesse risque d'être dépassé, le délai de réflexion est réduit à 48h afin de fixer un rendez-vous rapidement.

Cette première consultation peut être réalisée par tout médecin de ville, gynécologue ou généraliste, même s'il ou elle ne pratique pas ensuite l'IVG, ou encore un établissement de santé, un centre de planification et d'éducation familiale, ou un centre de santé.

Elle est donc déterminante dans la prise en charge de l'IVG : elle marque l'entrée dans le parcours de soins.

1. Bien que crucial, le délai est difficilement mesurable

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé[19] (HAS) disposent qu'il ne doit pas y avoir plus de cinq jours entre le premier contact téléphonique et le premier rendez-vous :

> *« Toute femme demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel. Plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible. La précocité de réalisation permet également un choix plus large de techniques utilisables. L'accès à l'IVG doit donc être simple et rapide. »*

Des données précises sur l'application de ce délai sont toutefois difficiles à collecter. L'information sur le temps écoulé entre le premier contact et la première consultation n'est en effet plus renseignée par aucun outil statistique. Auparavant, la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) indiquait la date de l'appel et la date de la première consultation. Mais considérant que ces données étaient mal renseignées, la notion de première demande étant mal définie, l'administration les a retirées des statistiques suivies[20].

L'information sur la date du premier contact avec un-e professionnel-le est en effet une donnée difficile à prendre en compte :

- Parfois le premier contact n'est pas établi avec un-e médecin mais avec un-e conseiller-e. Or, seul un-e médecin peut aujourd'hui délivrer l'attestation. Le premier contact et le premier entretien avec un-e professionnel-le non médical ne sont donc pas comptabilisés.

(19) Ces recommandations ont été publiées en mars 2001 par l'ANAES (ex-HAS), et mises à jour en décembre 2010 avec l'intégration de la pratique des IVG médicamenteuses. Ces recommandations se trouvent en annexe.a

(20) DREES, les établissements et les professionnels réalisant les IVG, Etudes et résultats n°712, Décembre 2009, p.2

- Il arrive également que le médecin refuse de la délivrer. Le décompte prenant en compte le délai entre le premier contact et la consultation est alors faussé, puisque la consultation ne permet pas l'entrée dans le parcours de soins : une autre, véritable première consultation est alors obligatoire.
- Enfin, cette donnée est une information déclarative : seule les femmes sont en mesure de la transmettre.

Néanmoins, quelques sources permettent d'identifier des dysfonctionnements importants relatifs au respect du délai de cinq jours recommandé par la HAS :

- Une étude publiée en 2009 par la DREES(21) indiquait qu'en 2007, le quart des IVG ont été prises en charge dans les 6 jours suivant la première demande, la moitié dans les 8 jours et les trois quarts dans les 10 jours. Le délai était supérieur à 15 jours dans moins de 10% des cas.
- Les inspections menées par les ARS ont fait remonter des informations sur le sujet : plus d'un tiers des ARS estime que les établissements ne respectent pas le délai de 5 jours.
- Les observations plus récentes faites par les associations sur le terrain indiquent que le délai semble s'allonger.

Il apparait donc nécessaire de redéfinir cet indicateur mesurant le délai entre le premier contact et le premier rendez-vous, ainsi que sa méthode de recueil afin de le réintégrer aux statistiques suivies(22).

2. Des difficultés rencontrées par la femme pour planifier la première consultation et obtenir l'attestation

Lorsqu'une femme décide de prendre contact avec un-e professionnel-le de santé, de nouvelles difficultés peuvent se présenter à elle pour la/le joindre, pour obtenir le premier rendez-vous et l'attestation. Les inspections des ARS ont identifié plusieurs raisons à ces difficultés.

L'absence de places disponibles

Dans un contexte de fermeture d'établissements de santé pratiquant l'IVG et de réduction du nombre de personnel ces dernières années, l'IVG peut être considérée dans certaines structures comme une variable d'ajustement. Ainsi, l'offre s'est progressivement concentrée sur un nombre réduit d'établissements de santé, comme l'a également soulevé l'IGAS ou encore le CSIS(23). Cette concentration de l'offre entraine un effet de goulot d'étranglement et de saturation dans les territoires concernés, pouvant conduire pour les femmes à des délais d'attente de plus de 15 jours(24) avant d'obtenir la première consultation.

L'absence ou indisponibilité du secrétariat

Les échanges au sein de la Commission Santé du Haut Conseil comme les consultations menées dans le cadre de ce travail font remonter la difficulté, voire l'impossibilité de joindre les secrétariats de nombreuses structures hospitalières ou centres médico-sociaux par téléphone. La HAS recommande pourtant une ligne téléphonique spécifique à l'IVG pour chaque structure :

(21) DREES, Les établissements et les professionnels réalisant des IVG, Etudes et résultats n° 712, décembre 2009
(22) A ce sujet, voir infra
(23) IGAS, La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, Octobre 2009, p.58.
CSIS, L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse, Janvier 2011, p.12
(24) IGAS, La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, Octobre 2009, p.34

« Chaque structure de prise en charge des IVG doit disposer d'une ligne téléphonique dédiée à cette seule activité, connue et largement diffusée. En dehors des heures ou jours de présence du personnel, un message téléphonique clair et précis apporte les réponses les plus utiles sur le fonctionnement de l'unité et les principales démarches à effectuer. »

La clause de conscience

Lors de sa prise de rendez-vous, le motif de la demande de la femme n'est pas nécessairement précisé. Lors de la consultation, les médecins ou gynécologues peuvent refuser de pratiquer l'IVG, en invoquant la clause de conscience. Ces derniers peuvent alors refuser de remettre aux femmes l'attestation de première consultation. Cela oblige à prendre un nouveau rendez-vous auprès d'un-e autre médecin. Par ailleurs, et bien qu'ils en aient l'obligation(25), les médecins ne réorientent pas systématiquement les femmes vers une structure apte à réaliser cette première consultation.

La confusion et la méconnaissance des dispositifs

Les structures d'orientation et d'information ne sont pas toujours en mesure de délivrer les informations pratiques concernant à la fois l'attestation (qui peut être elle délivrée par les médecins gynécologues et généralistes), et les lieux de pratique de l'IVG (médecins de ville, centres de santé ou CPEF conventionnés, ou établissements de santé). Aucune liste les répertoriant n'est mise à disposition. Les femmes ne savent alors pas vers qui se tourner pour obtenir l'attestation de premier rendez-vous (alors même que leur généraliste pourrait leur remettre) ou pour pratiquer leur IVG.

Le refus des IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse

En 2010, 5,5% des IVG ont été pratiquées entre 10 et 12 semaines de grossesse(26). Cependant, comme nous le développerons plus en détail dans le point suivant, tous les établissements ne pratiquent pas ce type d'IVG et refusent parfois l'accès aux femmes dont le terme est jugé trop avancé. Les femmes doivent alors s'orienter vers une autre structure, et le délai s'allonge encore.

Cette étape d'information et d'orientation jusqu'à la première consultation peut être marquée de différents obstacles, vecteurs d'allongement du délai et de risque de culpabilisation des femmes.

Deux obstacles majeurs ont été identifiés et pourraient être levés pour rendre l'accès à l'IVG simple et rapide : l'obligation d'une première consultation nécessairement réalisée par un-e médecin menant à la délivrance de l'attestation, et l'obligation d'un délai de réflexion de 7 jours dont la délivrance de l'attestation marque le début.

La première consultation consiste effectivement en un rendez-vous d'information : elle est l'occasion de délivrer aux femmes les informations relatives à l'intervention (choix de méthode et d'anesthésie) et la possibilité de rencontrer d'autres professionnel-le-s (conseiller-e-s conjugal et familial, psychologue, sages-femmes, etc.). Ce premier rendez-vous ne revêt donc aucun caractère médical. Une personne, non médecin, mais néanmoins qualifiée serait donc en mesure de réaliser ce premier rendez-vous : les délais seraient respectés, l'attestation serait délivrée. Cette dernière valide que les femmes ont effectivement eu connaissance de toutes les informations relatives à la pratique d'une IVG.

(25) Article L2212-8 du code de la santé publique

(26) DREES, Le panorama des établissements de santé, Collection études et statistiques, 2012, p. 148

Les actrices et acteurs de terrain observent par ailleurs que les femmes ont réfléchi préalablement à la première consultation et que leur choix est dans la plus grande majorité des cas déjà affirmé. Plus de souplesse dans cette phase d'information pourrait donc être envisagé. Les femmes désirant entrer au plus vite dans le parcours de soins, ou rencontrant des difficultés pour obtenir un premier rendez-vous, du fait de l'indisponibilité des professionnel-le-s par exemple, devraient pouvoir remplir elles-mêmes cette attestation, qui comprendrait les informations nécessaires à la poursuite du parcours. Ce formulaire attesterait que les femmes ont bel et bien eu connaissance de toutes les informations nécessaires et qu'elles sont donc aptes à faire leur choix.

Afin de permettre aux femmes d'entamer leur parcours de soins le plus rapidement possible, les personnels délivrant la première attestation devront avertir les femmes qu'une échographie de datation est très fortement recommandée pour pratiquer une IVG. Cet acte médical ne nécessite pas une prescription du médecin traitant : les femmes peuvent directement se rendre chez un échographe. Après avoir leur échographie, les femmes pourront prendre leur rendez-vous chez le médecin pour organiser ou pratiquer l'IVG. Cette information sur l'échographie devra également être inscrite dans le formulaire d'auto-déclaration.

RECOMMANDATION N°9

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 et familial, sages-femmes etc.)

RECOMMANDATION N°10

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 www.IVG.gouv.fr

Par ailleurs, le délai de réflexion, inscrit à l'article L.2212-5 du code de la santé publique, au-delà d'allonger le parcours de l'IVG, stigmatise l'avortement comme un acte médical à part.

En effet, aucun délai de réflexion n'est imposé pour les autres actes médicaux, en dehors de la procréation médicalement assistée (article L.2141-10 du code de la santé publique), de la stérilisation à visée contraceptive (L.2123-1 du code de la santé publique) et des opérations de chirurgie esthétique (article L.6322-2 du code de la santé publique). Pour les actes chirurgicaux, les médecins doivent laisser un délai de réflexion à leurs patient-e-s, afin qu'elles ou ils puissent avoir accès aux informations nécessaires pour prendre leur décision en toute connaissance de cause. Toutefois, la durée de ce délai est laissée à l'appréciation des chirurgiens.
D'ailleurs, dans de nombreux pays européens, comme le Danemark, la Norvège, la Suède, la Suisse, l'Autriche ou encore l'Angleterre, aucun délai n'est exigé concernant l'IVG.
Les actrices et acteurs sur le terrain constatent par ailleurs que les femmes dans leur ensemble ont déjà largement réfléchi à l'intervention au moment d'entrer dans le parcours de soins et n'ont donc pas besoin d'un délai d'attente supplémentaire.

Par ailleurs, la période entre les deux premiers rendez-vous, celui aboutissant à l'attestation et celui pendant lequel est organisée ou pratiquée l'IVG, tiendra lieu de délai de réflexion pour permettre aux femmes de réfléchir à la poursuite ou à l'interruption de leur grossesse si cela était encore nécessaire, sans qu'il soit donc besoin d'imposer une durée précise.

RECOMMANDATION N°2

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

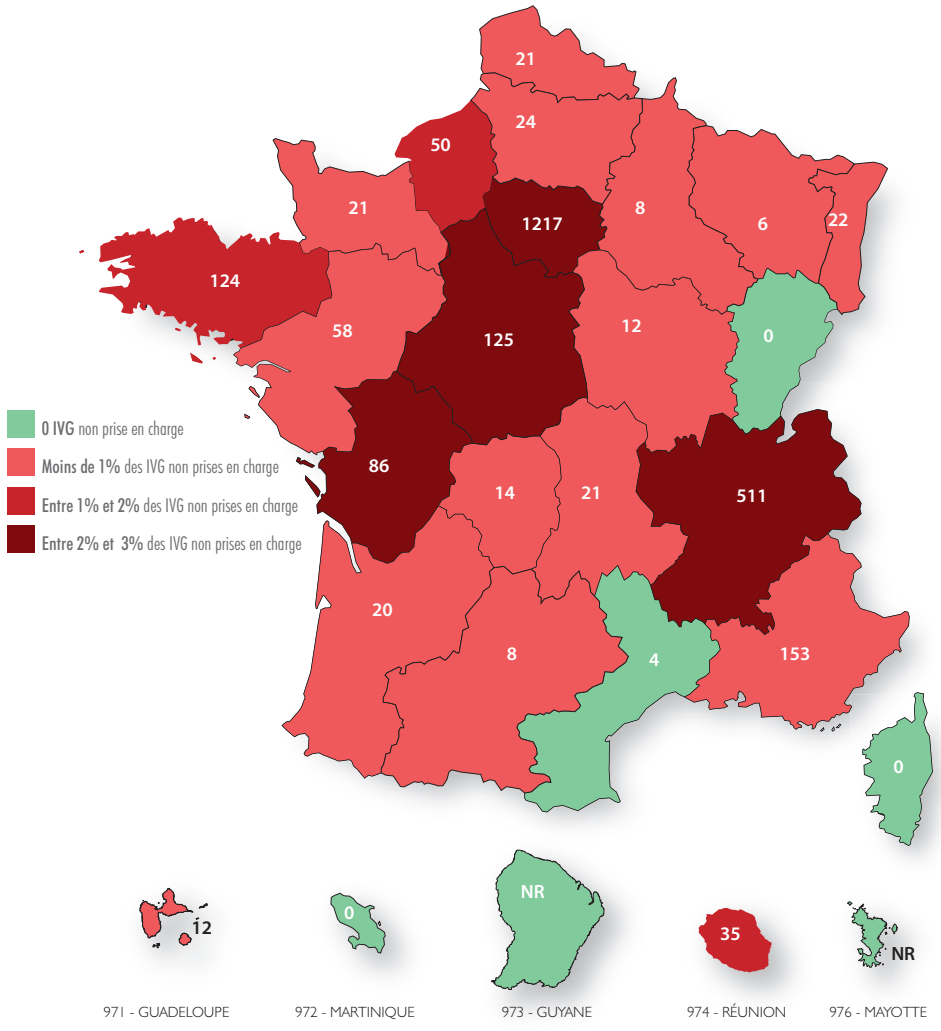
3. Des obstacles à l'entrée dans le parcours aux conséquences parfois lourdes

Les obstacles à l'entrée dans le parcours peuvent parfois conduire à des situations lourdes à gérer pour les femmes concernées : non prise en charge de l'IVG par l'établissement ou pratique de l'IVG à l'étranger après avoir dépassé les délais légaux en France.

La longueur des délais d'attente cause en effet parfois des **refus de prise en charge**, laissant dès lors les femmes dans des situations particulièrement difficiles. La carte ci-après indique le nombre d'IVG non prises en charge par les établissements, selon les régions. Ces cas peuvent recouvrir des réalités différentes : le non exercice de l'IVG de manière permanente par l'établissement ou le non exercice de l'IVG de manière ponctuelle (période de congés, saturation conjoncturelle des capacités d'offre, etc.). Ces chiffres peuvent également être sous-estimés : les refus des établissements ne sont pas tous nécessairement renseignés.

IVG non prises en charge déclarées par les établissements de santé et part des IVG non prises en charges par rapport au nombre d'IVG prise en charge, par région, en 2012

Source : Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), 2012



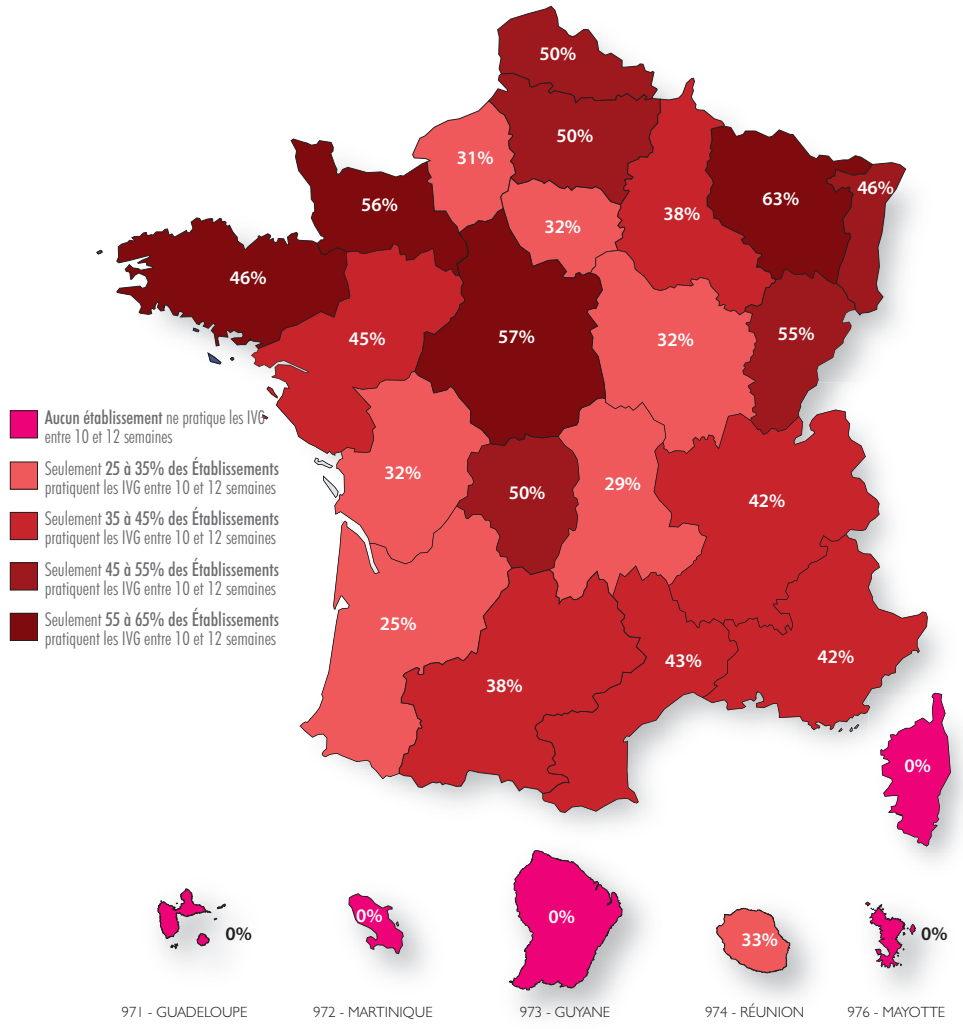
Lecture de la carte

En Bretagne, en 2012, 1,3% des demandes d'IVG en établissement de santé n'ont pas été satisfaites. Les 124 femmes concernées ont dû alors s'orienter vers une autre structure, voire une autre région. Les acteurs et actrices de terrain font ainsi remonter que la région des Pays de la Loire prend en charge des femmes venues de Bretagne.

Parmi les demandes non prises en charge se trouvent aussi les IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse.
L'article R.2212-4 du Code de la Santé Publique impose pourtant à tous les établissements de santé pratiquant les IVG de prendre en charge les 10-12 semaines qui n'ont pas de statut particulier dans la loi. La loi dispose *« Les établissements publics définis aux articles L. 6132-1, L. 6132-2, L. 6141-1 et L. 6141-2 qui disposent de lits ou de places autorisés en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie ne peuvent refuser de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse».*

Toutefois, tous les établissements ne semblent pas, dans les faits, remplir leurs obligations légales.

Part des établissements pratiquant les IVG de 10 à 12 semaines de grossesse
par rapport au nombre total d'établissements pratiquant les IVG, par région, en 2011
Source : Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), 2011



Selon la DREES, 90% des établissements affirment pratiquer les IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse(27). Cependant, selon une enquête menée en Ile de France, 40 des 56 établissements interrogés refusent la prise en charge de ces IVG(28).

La carte suivante est une bonne indication de cet état de fait.

Lecture de la carte

En Auvergne, seulement 29% des établissements publics et privés de santé pratiquent l'IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse en 2012.
On relève néanmoins que dans quatre régions françaises (Corse, Guadeloupe, Martinique, Guyane), aucun établissement ne pratique l'IVG entre 10 et 12 semaines.

Ces données sont toutefois à considérer avec prudence. Il peut en effet arriver qu'un établissement n'ait pas observé de demande d'IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse car ces dernières sont dirigées vers les établissements plus importants. A l'inverse, un établissement peut accepter de pratiquer ce type d'IVG sous certaines conditions, comme la disponibilité des médecins ou de places dans le service, et les refuser lorsque ces conditions ne sont pas remplies. Ainsi, les établissements enregistrés comme pratiquant une IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse ne satisfont pas forcément 100% des demandes observées. Il est à noter qu'après leur refus de pratiquer eux-mêmes l'IVG, les établissements ne réalisent pas pour autant systématiquement la première consultation et l'attestation. Cela constitue là encore un obstacle dans le parcours de la femme, l'obligeant à se réorienter et impliquant alors nécessairement un allongement du délai.

Le refus de certains établissements de pratiquer les IVG entre 10 et 12 semaines renforce par ailleurs la concentration des demandes sur d'autres établissements, consolidant ainsi le phénomène de goulot d'étranglement et rallongeant les périodes d'attentes.

La loi de 2001 n'est donc pas pleinement appliquée compte-tenu du refus de certains médecins ou établissements de santé de pratiquer certaines IVG.

Si les médecins de ville peuvent opposer la clause de conscience et ainsi refuser la pratique de l'IVG, les établissements de santé possédant un service de gynécologie et/ou de chirurgie sont tenus de pratiquer les IVG jusqu'à 12 semaines(29).
La circulaire DGS/DHOS n°2001/467 du 28 octobre 2001 le rappelle clairement : « *la pratique des IVG étant une mission de service public, tout chef de service est tenu d'en assurer l'organisation, dès lors que, conformément à la loi hospitalière, l'établissement lui en a confié la mission* ».

Le Haut Conseil s'étonne vivement que ce dysfonctionnement, qui contrevient aux obligations légales, fasse l'objet d'une tolérance. En effet, les orientations nationales des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) recommandent la présence *a minima* d'un établissement de santé en mesure d'assurer ce type d'IVG par territoire de santé. Contrairement à la volonté du législateur exprimée clairement dans la loi de 2001, il est étonnant de voir que les refus de certains établissements de santé aient été intégrés par les pouvoirs publics, qui ont alors abaissé le niveau d'exigence prévu et ainsi acté un service public qui ne satisfait pas à ses obligations.

Les établissements justifient par ailleurs leur refus au motif, contesté, que ce type d'avortement nécessiterait une formation et un matériel spécifique.

(27) DREES, les établissements et les professionnels réalisant les IVG, Etudes et résultats n°712, Décembre 2009, p.2
(28) R. JEGOUDEZ MOULLIER, « prise en charge des IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée », Université René Descartes Paris V, 2009
(29) Article L.2212-1 du code de la santé publique

La HAS a en effet spécifié dans ses recommandations que la pratique des IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse réclamait un matériel précis et une formation adéquate. Cependant, les échanges avec les actrices et acteurs de terrain ont relativisé la portée de cette recommandation :

- Le matériel consiste en une canule et des pinces particulières. Ces dernières sont largement disponibles sur le marché, et chaque établissement de santé est donc en mesure de les acquérir.
- Concernant la formation, assister à une intervention suffit pour la pratiquer à son tour ensuite. La formation ne demande donc aucun investissement important, ni financier, ni humain.

Il est donc essentiel de rappeler et de faire appliquer la loi : c'est le rôle du/de la chef-fe de service ou de pôle de s'assurer que tout est mis en œuvre pour accueillir les femmes désirant avorter, et ce quel que soit le terme de leur grossesse, jusqu'à 12 semaines.

RECOMMANDATION N°12

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

Les refus de prise en charge, la difficulté d'entrer dans le parcours de soins peuvent entraîner un dépassement du délai légal de 12 semaines. Dans ce cas-là, le recours à une IVG à l'étranger constitue l'un des ultimes recours. Les femmes peuvent en effet se rendre là où les délais sont supérieurs à 12 semaines de grossesse : aux Pays-Bas (22 semaines), en Suède (18 semaines), en Espagne (12 semaines également, mais l'accès aux Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) y est relativement simple allongeant alors significativement le délai), en Angleterre (24 semaines) ou encore en Finlande (16 semaines).

Le Planning Familial a estimé à plusieurs milliers le nombre de Françaises contraintes d'aller à l'étranger chaque année, principalement au Pays-Bas et en Espagne, afin d'avoir recours à une IVG. L'exposé des motifs de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception estimait à environ 5 000 les femmes allant à l'étranger pour pratiquer une IVG. La loi se fixait pour objectif de diminuer de 80% ce nombre, en allongeant le délai pour l'IVG à 12 semaines.
Aucune donnée nouvelle ne permet d'évaluer l'atteinte ou non de cet objectif, et de mesurer le nombre exact de femmes allant avorter à l'étranger, ni pour quelles raisons (découverte tardive de leur grossesse ou non prise en charge en France). Il ressort cependant des remontées de terrain que les cas de dépassement de délai pour cause de non prise en charge dans les temps sont encore fréquents. Les secrétariats des établissements de santé donnent eux-mêmes parfois l'information sur les possibilités d'avortement à l'étranger. La presse s'en fait d'ailleurs régulièrement l'écho, en particulier durant la période estivale.

Il semble donc important qu'une nouvelle étude soit menée permettant d'identifier le parcours des femmes désirant interrompre leur grossesse et allant à l'étranger. Pour quelles raisons ces femmes partent-elles à l'étranger (difficultés d'accès au parcours de soins, découverte tardive de la grossesse, etc.) ? Au-delà des femmes allant aujourd'hui à l'étranger, il serait intéressant de se poser la question de celles qui ne le peuvent pas, pour des questions notamment financières. Pratiquent-elles alors une IVG clandestine ? Ou renoncent-elles à l'IVG ?

Il s'agira également de suivre l'évolution des dispositions européennes concernant les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers[30] : ces dernières pourraient permettre la prise en charge des IVG pratiquées à l'étranger par l'Assurance maladie.

(30) Directive 2011/24/UE du parlement européen et du conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

D. L'information, point de départ de l'accessibilité : la responsabilité de l'administration

L'accessibilité de l'IVG dépend donc grandement de l'information dispensée aux femmes dans ce domaine ; qu'elles soient pratiques (les coordonnées des établissements de santé et autres lieux de pratique de l'IVG) ou d'ordre médical (les différentes méthodes d'avortement), ces informations sont essentielles.

Or, ces dernières sont aujourd'hui parfois difficilement accessibles selon les territoires.
Ainsi, le dossier-guide que chaque médecin doit remettre aux femmes lors de la première consultation n'est pas systématiquement distribué ; les listes comprenant les coordonnées des lieux où se pratiquent les IVG ne sont pas mises à jour et comprennent des informations erronées.
Les ARS doivent donc mieux prendre en charge le sujet de l'information et de la communication.

Si chaque ARS se doit de s'assurer de la bonne diffusion et de l'accessibilité de ces informations sur son territoire, il relève également du rôle de l'État, en tant que garant de l'accès au droit, de faire en sorte que chaque femme puisse avoir accès au même niveau d'information, et ce quel que soit le lieu de son domicile.

Cette question de la responsabilité de l'État a déjà été évoquée en profondeur dans le volet 1 du rapport traitant de l'IVG sur internet.
Une campagne de communication sur les sexualités, la contraception et l'avortement semble primordiale, afin de réaffirmer le droit des femmes à disposer de leur corps, et faire de l'IVG un acte légitime de la vie sexuelle et reproductive des femmes. La loi doit pouvoir s'appliquer, et le choix des femmes être respecté sans culpabilisation et en toute légitimité.

RECOMMANDATION N°25

Créer un « Plan National sexualités-contraception-IVG», véritable programme de santé publique doté de moyens dédiés et assorti d'un système d'évaluation

3. L'offre de soins ne permet pas aujourd'hui un accès rapide et de proximité à l'IVG, ne garantit pas le choix de la méthode d'IVG et d'anesthésie, et n'assure ni la gratuité, ni la confidentialité

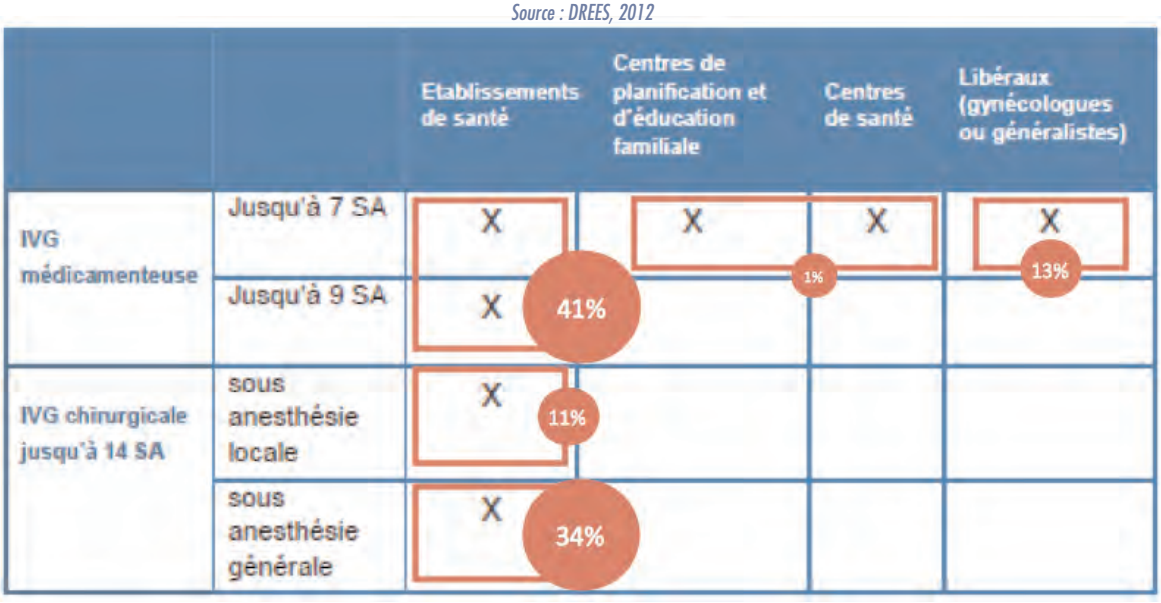
- Chapitre 1 -
Une capacité en baisse, du personnel manquant et mésestimé, un forfait inadapté

A. Face à une demande d'IVG stable, une offre de soins en baisse

Une fois l'attestation de première consultation délivrée, les femmes peuvent se rendre dans différentes structures pour pratiquer l'avortement. Il existe toutefois des différences majeures entre ces structures, en particulier concernant le choix de la méthode. En effet, les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées partout (établissements de santé, médecins de ville, CPEF et centres de santé conventionnés), alors que seuls les établissements de santé peuvent pratiquer l'IVG chirurgicale.

Répartition des IVG réalisées en France par type de méthode et d'acteur en France en 2012

Source : DREES, 2012



Lecture

41% des IVG pratiquées sont des IVG médicamenteuses pratiquées en établissements de santé

L'un des principaux enjeux concernant l'IVG est la question de son accès : chaque femme peut-elle trouver à proximité un établissement de santé, un centre de santé, ou un-e médecin pratiquant l'IVG ?
La répartition de l'offre de soins sur le territoire est donc un élément central.

Marc Collet, économiste de la santé et statisticien, écrit dans un article de la Revue française des affaires sociales de 2011[31] que les femmes ayant eu recours à une IVG se trouvaient en moyenne à moins de 30 minutes de l'établissement qui les avait prises en charge.

(31) Marc Collet, « Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville », Revue Française des Affaires Sociales, 2011/1, n°1, pp. 86 à 115

Toutefois, cette moyenne peut cacher de grandes disparités selon les territoires, notamment entre les zones urbaines et rurales.
Ainsi, quelques cartographies établies par les ARS indiquent qu'il existe des territoires où les lieux où sont pratiquées les IVG sont très dispersés. Il importerait donc d'établir une norme qui fixe une distance maximum entre le domicile et l'établissement pratiquant l'IVG.

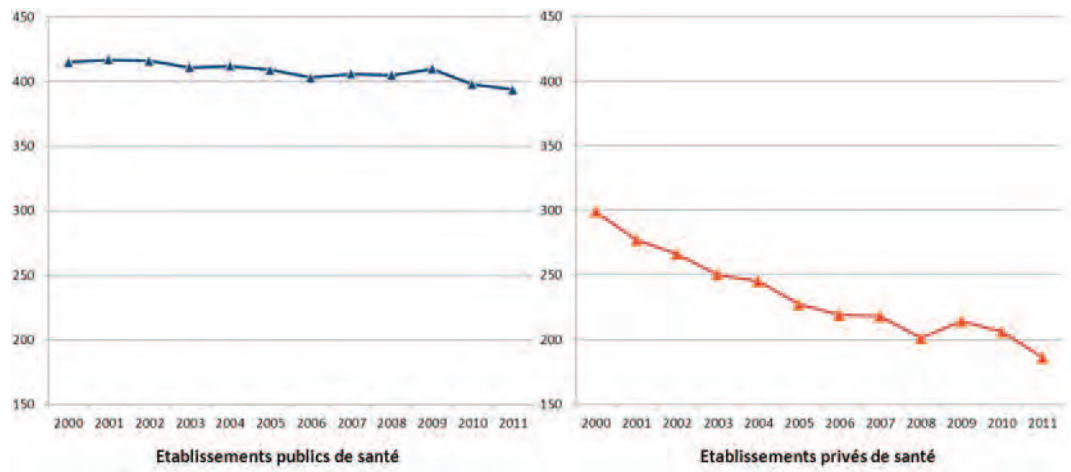
1. La fermeture d'établissements publics et le désengagement du privé ont conduit à une forte concentration de l'offre de soins sur un nombre restreint d'établissements publics

Les établissements de santé dotés de services de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie, ou plus rarement d'un pôle spécifique, pratiquent aujourd'hui 86% des IVG, soit 100% des IVG chirurgicales et 75% des IVG médicamenteuses(32).

En termes d'évolution de l'offre, les statistiques de la DREES indiquent que 5% des établissements publics et 48% des établissements privés pratiquant l'IVG ont fermé ces 10 dernières années, soit plus de 130 établissements au total.

Le graphique suivant le souligne très clairement.

Evolution du nombre d'établissements publics et privés pratiquant l'IVG en France, entre 2000 et 2011
Source : Statistique Annuelle de Établissement de Santé (SAE)



Plusieurs facteurs viennent expliquer la diminution du nombre d'établissements de santé pratiquant les IVG :

- La sous-valorisation de l'IVG a conduit à un désengagement du privé en la matière : moins rentable, voire déficitaire, cette activité ne représente pas un attrait jugé satisfaisant pour les établissements privés(33). Ceux qui continuent à la pratiquer sont animés par une volonté militante ;

(32) DREES, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 », n°843, juin 2013, p.4
Voir infra sur la question du montant du forfait de l'IVG

(33) Voir infra sur la question du montant du forfait de l'IVG

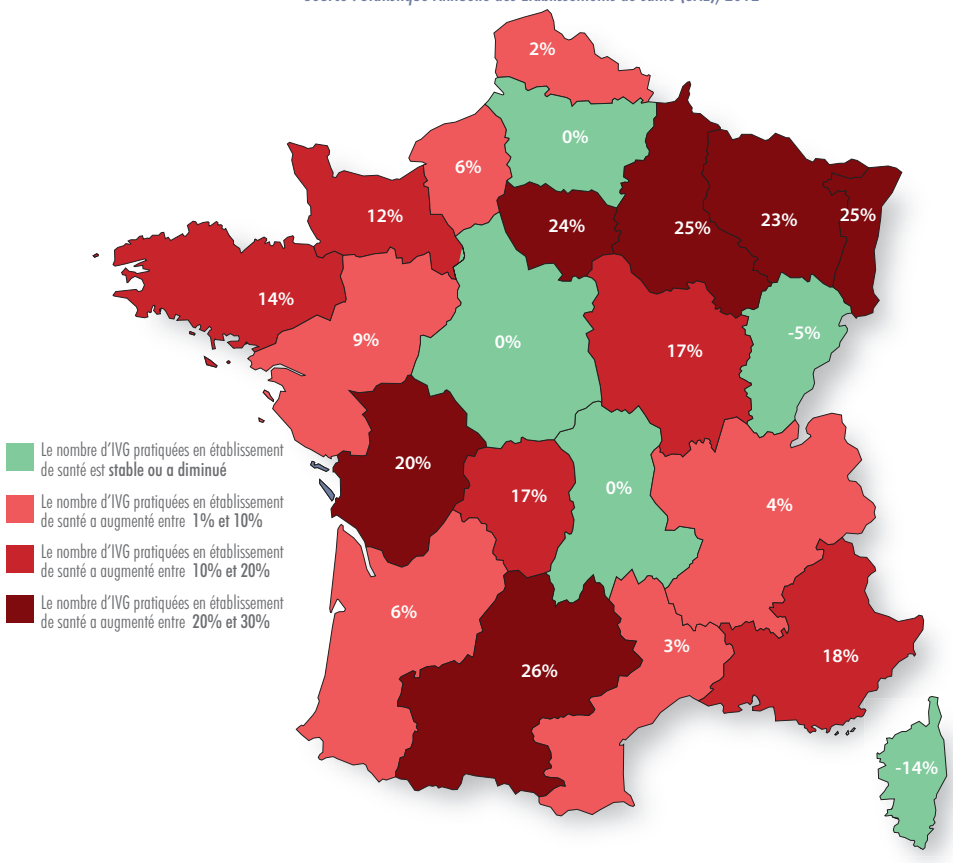
- Les restructurations, en particulier des maternités, menées dans le cadre de la réforme portée par la Loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HSPT) ont abouti à la fermeture de nombreux établissements publics. Les maternités de petites tailles faisaient pourtant souvent figures de bonnes élèves, notamment en termes de pratiques innovantes ; elles ont toutefois été fermées pour des questions de rentabilité financière, au détriment donc d'une prise en charge de qualité pour les femmes. La maternité des Lilas, pionnière en matière de prise en charge de la maternité mais aussi des IVG et dont l'avenir n'est aujourd'hui pas assuré, est un parfait exemple des conséquences actuelles des restructurations qui diminuent l'offre de soins en matière d'IVG.

Alors que la demande reste stable, cette diminution de l'offre de soins a conduit à une très forte concentration de la pratique de l'IVG sur les établissements restants : 5% des établissements réalisent 23% des IVG(34).

Le schéma ci-dessous l'indique très clairement. En France métropolitaine, les régions ont vu le nombre d'IVG pratiquées par établissement de santé augmenter en moyenne de 11%.

Evolution du nombre d'IVG pratiquées en établissements de santé par région entre 2000 et 2011

Source : Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE), 2012



Lecture de la carte

En Ile-de-France, le nombre d'IVG pratiquée par établissement de santé existant a augmenté de 24%.

(34) DREES, les établissements et les professionnels réalisant les IVG, Etudes et résultats n°712, Décembre 2009, p.2

Cette concentration de l'offre entraîne des effets d'étranglement importants dans certaines régions.

Concentration due aux fermetures certes, mais également, comme nous l'avons souligné précédemment, aux refus de certains établissements de pratiquer l'IVG. Et ce, alors que cela est contraire aux articles L.2212-8 et R.2212-4 du Code de la Santé Publique, l'ensemble des établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie doivent pratiquer l'IVG.

RECOMMANDATION N°11

Mettre en place un moratoire sur la fermeture des centres IVG. Faire respecter l'article R2212-4 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.

2. Une pratique en cabinets libéraux récente, qui se développe de manière limitée et disparate

Une pratique récente

Depuis la loi du 4 juillet 2001, et des décrets d'application de 2004, les médecins de ville ont le droit de pratiquer les IVG médicamenteuses sous condition d'avoir signé une convention avec un établissement de santé public ou privé. Ils doivent pour cela justifier d'une expérience dans le domaine de l'IVG.

L'Article R2212-11 du Code de la santé publique précise en effet :

> *« Le médecin effectuant des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre de la convention mentionnée à l'article R. 2212-9 justifie d'une expérience professionnelle adaptée, soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique, soit par une pratique régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné. »*

Un développement disparate

Les médecins de ville conventionnés pratiquent aujourd'hui 24% des IVG médicamenteuses, soit 13% du nombre total d'IVG[35].

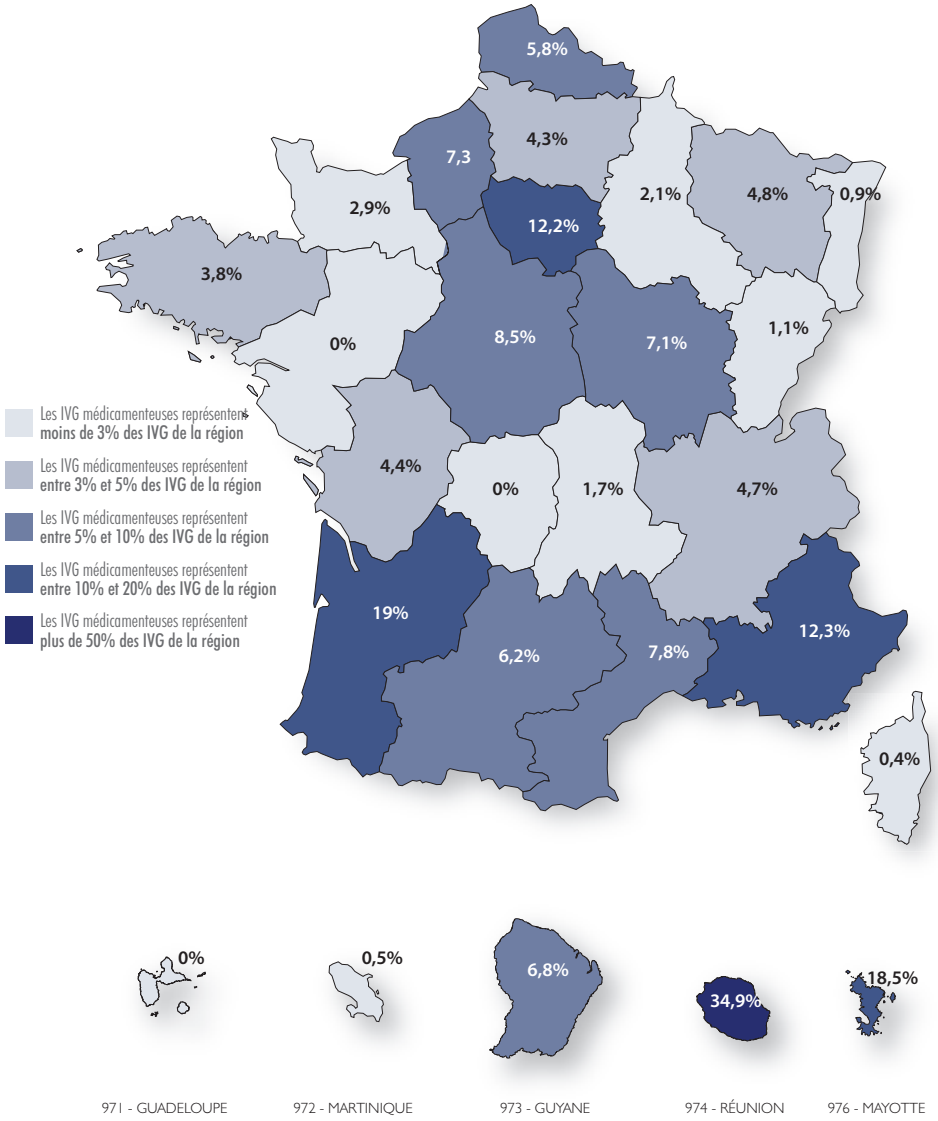
Ce nombre dissimule de grandes disparités au niveau régional[36]. Les inspections des ARS ont également fait remonter des chiffres très variables confirmant le développement inégal des IVG en ville.

(35) DREES, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 », n°843, juin 2013, p.4
(36) DREES, Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 », n°804, juin 2012, p.4

La carte ci-dessous indique la part d'IVG médicamenteuses en ville par rapport au nombre total d'IVG pratiquées par région. Dans certaines régions, les médecins réalisent plus de 12% des IVG (Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Mayotte, Ile-de-France la Réunion), alors que dans d'autres, moins de 1% des IVG, voire aucune IVG, n'est réalisée en cabinet libéral (Guadeloupe, Martinique, Alsace, Pays de la Loire, Limousin, Corse).

Part du nombre d'IVG médicamenteuses en ville par rapport au total des IVG pratiquées par région en 2011

Source : Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE), 2012



Lecture de la carte

En Midi-Pyrénées, les IVG médicamenteuses en ville représentent 6,2% des IVG pratiquées dans la région.

L'on sait par ailleurs que 25% des médecins conventionnés n'ont jamais « activé » cette convention : ils n'ont pas pratiqué d'IVG. Les 75% ayant déjà pratiqué au moins une IVG en pratiquent en moyenne 5 par mois[37].

(37) CSIS, L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse, Janvier 2011, p.8

Par ailleurs, si les administrations connaissent au niveau national le nombre de forfaits facturés par des médecins de ville, le nombre de conventions signées avec les établissements de santé ne fait pas l'objet d'un recensement systématique et centralisé. Il serait nécessaire que les données transmises par ces médecins à l'Assurance Maladie le soient également aux ARS, afin qu'elles puissent suivre cette activité plus précisément.

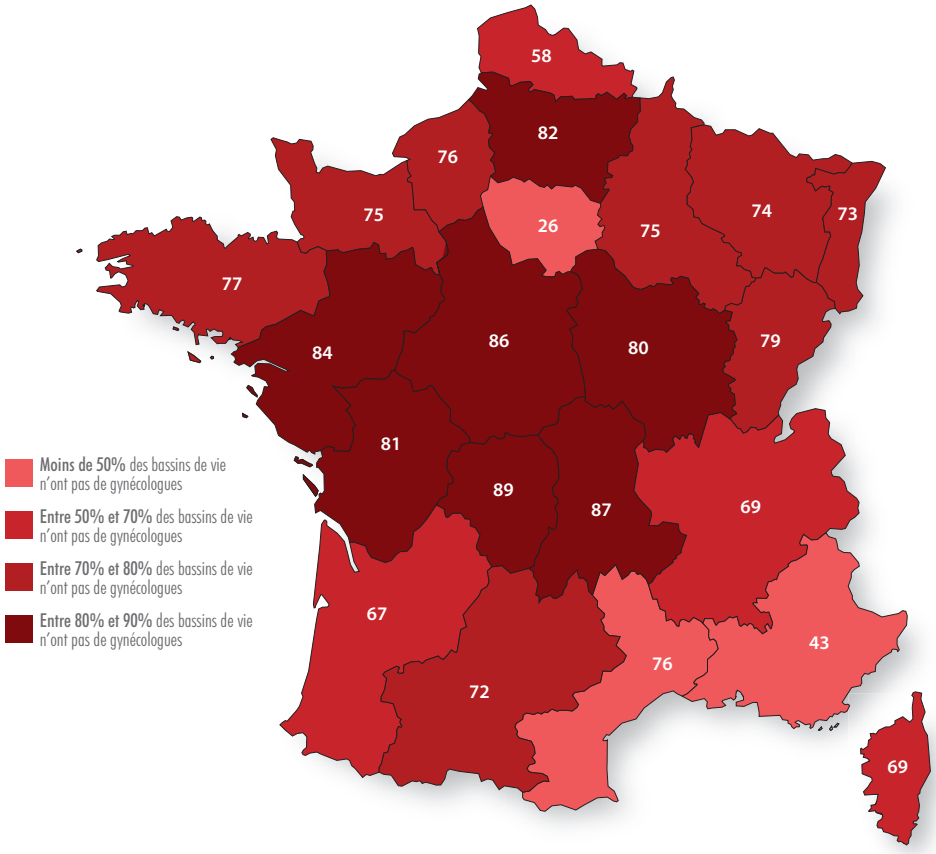
Un développement au potentiel limité

Il est, enfin, important de noter que l'offre d'IVG médicamenteuse en ville est fortement corrélée à l'évolution de la démographie médicale.

Aujourd'hui, 42% des médecins conventionnés sont des généralistes, 57% des gynécologues obstétriciens ou gynécologues médicaux(38). Or, comme la carte ci-dessous l'indique, de nombreux bassins de vie ne comprennent aucun gynécologue. Ainsi, 89% des bassins de vie du Limousin n'ont pas de gynécologue. L'accès à l'IVG dans ces territoires dépend donc de l'offre des établissements de santé. Du fait de la diminution du nombre d'établissements de santé pratiquant l'IVG, ces territoires voient donc leur offre en termes d'IVG baisser.
La question de la démographie médicale sera explicitée plus tard dans le présent rapport.

Part des bassins de vie sans gynécologue sur l'ensemble des bassins de vie, par région, en 2011

Source : Atlas régionaux du Conseil national l'Ordre des médecins, 2011



(38) IGAS, La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, Octobre 2009, p.28

Lecture de la carte

En Alsace, 73% des bassins de vie n'ont aucun gynécologue.

Par conséquent, il n'y a pas de compensation de la diminution de l'offre dans les établissements de santé par l'augmentation des conventions signées avec les médecins de ville : dans les territoires où la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville ne connaît pas un essor particulier, l'offre de soins en matière d'IVG diminue.

Une remise en cause des choix des femmes à terme ?

En outre, le développement des conventions de ville permet d'assurer seulement le recours aux IVG médicamenteuses. Mais vouloir compenser les fermetures des établissements de santé par le développement de l'IVG médicamenteuse en ville, c'est prendre le risque de ne plus pouvoir permettre aux femmes le choix de la méthode du fait de d'une offre très limitée de l'IVG chirurgicale.

3. Centres de santé, centres de planification et d'éducation familiale : un développement récent et épars

Depuis la loi du 19 décembre 2007, les centres de santé et les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sont eux aussi autorisés à pratiquer des IVG médicamenteuses en signant une convention avec un établissement de santé.
Là encore, le nombre précis de conventions signées n'est pas disponible.
Toutefois, l'on sait que les CPEF et centres de santé ne réalisent que 1% des IVG[39].

La carte ci-après démontre, par le décompte des forfaits remboursés, que cette pratique est encore peu développée sur l'ensemble du territoire, ce qui accentue davantage les disparités territoriales.

Lecture de la carte (page suivante)

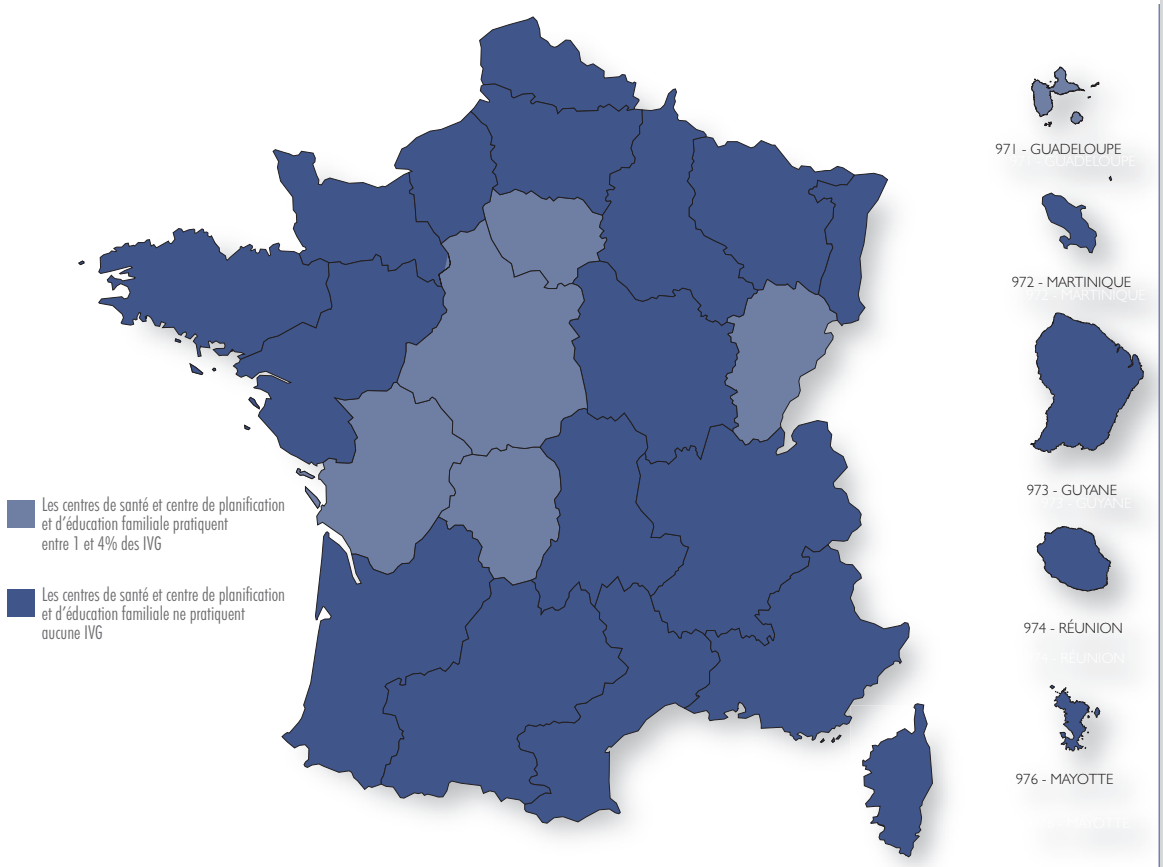
En Rhônes-Alpes, aucune IVG n'est pratiquée en centres de santé, centres de planification et d'éducation familiale.

(39) DREES, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 », n°843, juin 2013, p.4

Le schéma ci-après indique le profil de chaque région en matière de répartition des IVG par lieu de pratique.

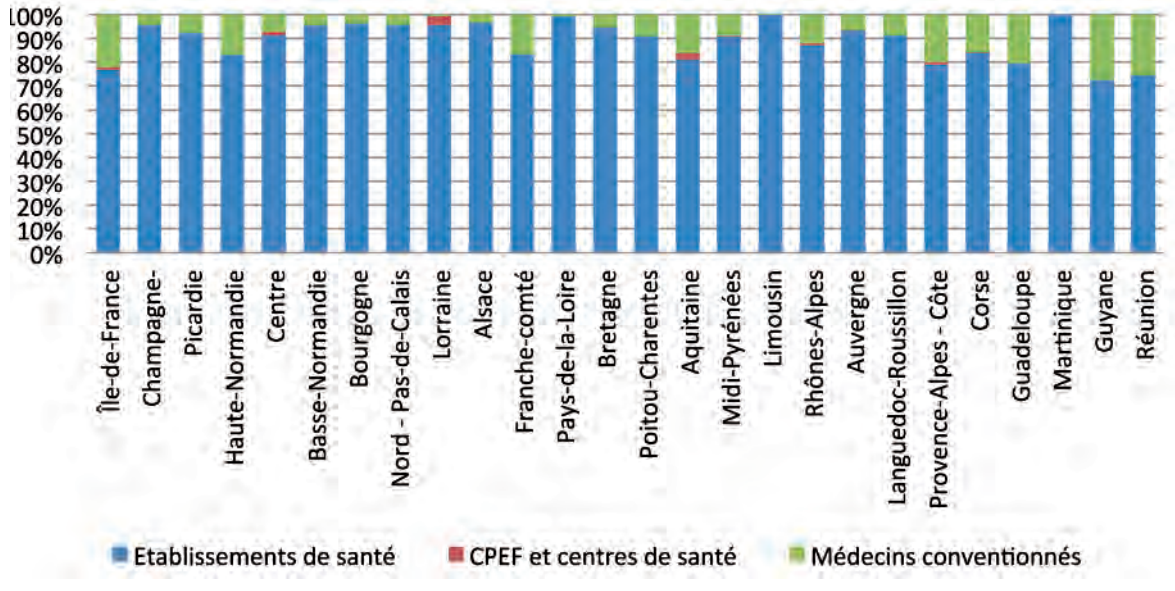
Part des IVG médicamenteuses pratiquées en centres de santé, centres de planification et d'éducation familiale sur le nombre total d'IVG pratiquées, par région, en 2012

Source : CNAMTS (Erasme), 2012



Répartition des IVG entre établissements de santé, médecins conventionnés, CPEF et centres de santé par région en 2011

Source : Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE), 2012



Le schéma ci-avant l'indique précisément : le désengagement du privé et le développement limité et épars de l'IVG en ville conduisent à rendre primordial le rôle des établissements de santé dans la prise en charge de l'IVG. L'IVG médicamenteuse en ville, bien que nécessaire, ne peut être considérée comme une alternative suffisante à la fermeture des établissements de santé.

Fermer des établissements, c'est donc fragiliser grandement l'accès des femmes à leurs droits.

B. Les professionnel-le-s de santé : une démographie vieillissante, un statut mésestimé, une formation insuffisante

Si les établissements constituent l'un des piliers de l'offre de soin, les professionnel-le-s en sont le pendant.

1. Le manque de personnel

Les restructurations et restrictions budgétaires ont entrainé un sous-effectif de personnel et une diminution des capacités d'accueil, venant fortement impacter la qualité de la prise en charge de l'IVG, comme l'ont fait remonter de manière unanime les actrices et acteurs de terrain.

Cette diminution impacte en premier lieu l'accueil

L'accueil-secrétariat est en effet parfois mutualisé et non spécifique, parfois inexistant : cela peut, dès le départ, constituer une véritable entrave à un parcours de soin fluide.
Pour un tiers des inspections menées par les ARS, il est déploré l'absence de Conseiller-ère Conjugal-e et Familial-e, de psychologue ou d'assistant-e social-e et de personnel d'accueil dans l'ensemble.
Les actrices et acteurs de terrain ont également constaté que certaines femmes sont amenées à devoir se déplacer uniquement pour planifier un rendez-vous.

L'accès aux blocs opératoires en pâtit

Les actrices et acteurs de terrain font remonter que le nombre de médecins vacataires et de personnel est insuffisant et que l' « optimisation des ressources » entraîne des problèmes d'accès aux blocs opératoires. Cela constitue une entrave importante à un accès rapide à une intervention.

La qualité de la prise en charge est impactée

Les actrices et acteurs de terrain observent que la réduction de postes et le manque de personnel expérimenté peuvent entraîner un éclatement de l'activité d'IVG et de planification au sein de l'organisation des établissements de santé. Ces faits peuvent mener, d'une part, à une réelle souffrance au travail pour les personnels. De plus, ces derniers, pas toujours suffisamment formés, ne sont parfois pas en mesure de répondre aux questions spécifiques des femmes ou des accompagnant-e-s, entraînant des situations difficilement gérables, et affectant dès lors la qualité de l'accueil et de la prise en charge

La réponse donnée aujourd'hui par la mutualisation des équipes n'est pas satisfaisante pour répondre au manque d'effectif. Les moyens alloués restent encore insuffisants. Or, l'IVG doit être considérée comme une activité forte, faisant entièrement partie des services de gynécologie. Il est essentiel d'encourager les établissements à inscrire l'IVG dans leur projet d'établissement et leur contrat de pôle et de consacrer à cette activité les moyens nécessaires à sa bonne réalisation. Les ARS doivent à ce niveau jouer un rôle incitateur en intégrant cette question aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyen (CPOM) qui les lient aux établissements, pour viser une offre de soins à la hauteur des enjeux.

RECOMMANDATION N°14

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

2. Une démographie médicale en baisse et l'absence d'une relève militante

La baisse de la démographie médicale, réelle pour de nombreuses spécialités de médecine, affecte aussi largement la question de l'IVG. 37% des gynécologues partiront à la retraite dans les 5 ans.

Le détail des situations régionales est présenté par la carte ci-dessous.

Lecture de la carte

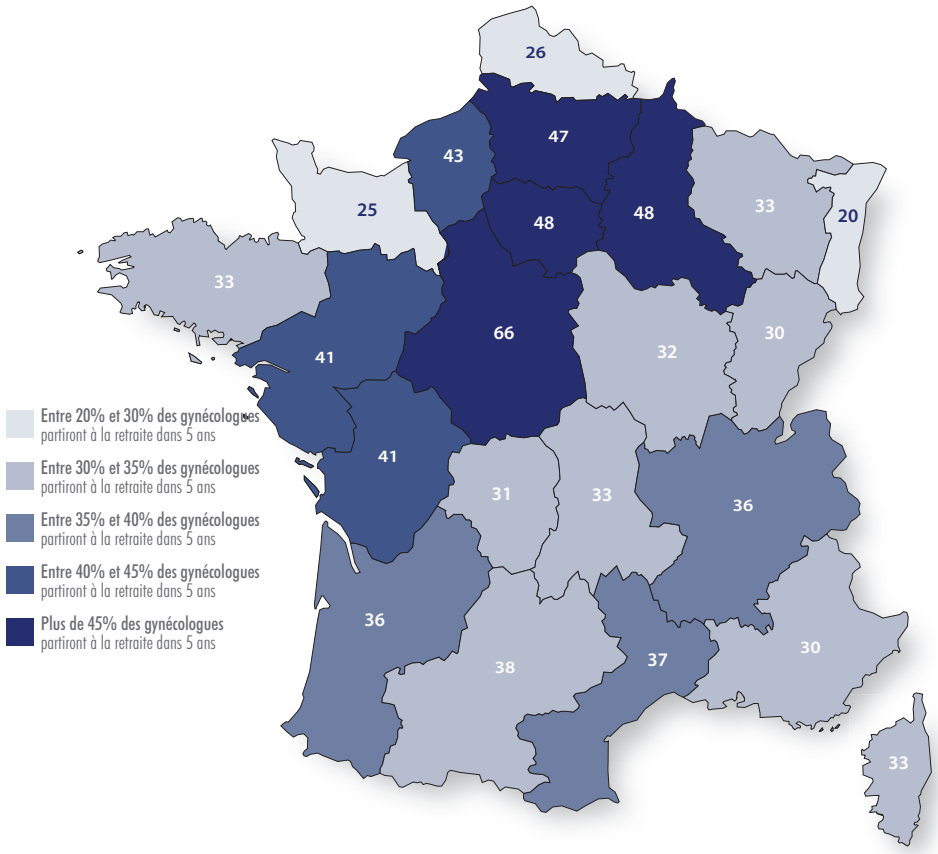
En région Centre, 66% des gynécologues sont susceptibles de partir à la retraite dans les 5 ans à venir.

Il est, et il le sera encore davantage à l'avenir, de plus en plus difficile de trouver des médecins susceptibles de pratiquer les IVG. Cela est valable pour les établissements de santé mais également pour la pratique en ville. De moins en moins de généralistes ou de gynécologues pourront pratiquer les IVG médicamenteuses.
Les zones rurales éloignées des établissements de santé sont particulièrement affectés par cette question.

Cette diminution de la démographie médicale est en partie due au numerus clausus en vigueur pendant de nombreuses années, qu'il est nécessaire aujourd'hui de compenser.

Part des gynécologues susceptibles de partir à la retraite dans 5 ans, par région, 2011

Source : Atlas régionaux du Conseil national l'Ordre des médecins, 2011



A la sénatrice Michelle Meunier qui l'interpellait lors de la séance de questions au gouvernement du 14 février 2013 au Sénat, la ministre de la Santé, Marisol Touraine a assuré que le numerus clausus pour la gynécologie médicale serait porté à 45 places d'ici 2016, au lieu de 30 aujourd'hui. Cette augmentation va de pair avec les 200 places proposées en gynécologie obstétrique, et a pour objectif de répondre à la désertification médicale dans certaines régions. Toutefois cette mesure ne permet pas de s'assurer que les nouveaux médecins iront effectivement s'installer là où la démographie médicale est la plus faible, et qu'ils pratiqueront effectivement les IVG.

Ce phénomène de vieillissement de la population médicale est aggravé par un autre : l'absence de relève militante. Le rapport d'information n° 1206 de Bérengère Poletti sur l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception pour la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale, fait état des départs à la retraite des médecins s'étant battu pour l'obtention du droit à l'avortement. Or, l'engagement et la motivation des médecins est primordiale pour l'organisation de l'offre de soins. Il est constaté aujourd'hui que cette dimension militante est moins partagée par les jeunes générations.

En réponse à ce problème, les associations professionnelles de sages-femmes mais aussi l'ANCIC, ont porté la revendication que les sages-femmes, du fait de leur formation et de leur implication dans la vie sexuelle et reproductive des femmes, puissent pratiquer les IVG.

La diminution et la concentration de l'offre de soins en établissement, la baisse du nombre de médecins susceptibles de prendre en charge les IVG entraînent une réduction de l'offre de soins générale et accentue des inégalités territoriales déjà fortes.

3. Un métier sous-estimé au statut peu valorisé

La baisse du nombre de médecins pratiquant des IVG provient aussi en partie du fait que cet acte médical n'est pas valorisé et valorisable dans la carrière d'un professionnel-le de santé, ne l'encourageant dès lors pas à se lancer dans la spécialité, ni à la pratiquer : « L'orthogénie n'apparait pas comme une spécialisation attractive (peu de possibilité d'évolution de carrière, mauvaise image et considération auprès des pairs, rémunération médiocre…) »(40).

Selon la DREES, les IVG sont souvent réalisées par les internes de médecine, moins formé-e-s, ayant peu d'expérience. Cette pratique est souvent vécue comme une « contrainte », une « corvée », un « passage obligé ».

Les médecins pratiquant les IVG en établissement ont bien souvent un statut de vacataire ou de praticien hospitalier attaché, statut jugé comme précaire par les acteurs de terrain. Or, afin d'encourager les médecins à pratiquer cette activité qui souffre aujourd'hui d'un manque de vocation, il est essentiel de revoir le statut des praticiens. De même, revoir ce statut permettra de reconnaître et surtout de rétribuer l'engagement des médecins qui pratiquent aujourd'hui cette intervention.

RECOMMANDATION N°16

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 limitation imposée du temps de présence minimal

4. Une formation des professionnel-le-s insuffisante qui conduit à des représentations empreintes d'une approche conservatrice de l'IVG

Les associations de terrain constatent que nombreux-ses professionnel-le-s ne maitrisent pas suffisamment le cadre légal, et ne trouvent pas toujours la réponse adaptée aux besoins des femmes, les empêchant dès lors de les orienter de la bonne manière.

L'IGAS et le CSIS souligne que le manque de formation peut entraîner des attitudes culpabilisantes et moralisatrices de la part des personnels envers les femmes venues pratiquer une IVG(41). Ce constat est également partagé par les associations sur le terrain.

Alors que l'IVG est l'expression d'une liberté de la femme et doit être consacrée comme un droit à part entière et considérée comme un acte médical comme les autres, l'attitude et les propos de certains médecins et personnels de santé vont à l'encontre de ce principe. Les termes de « récidiviste », d'« avortement de confort » ou encore « d'échec » de contraception – entendu comme échec de la femme à maîtriser sa contraception ; participent à la culpabilisation des femmes et à ne pas faire de l'IVG un acte légitime de leur vie sexuelle et reproductive. Ces représentations archaïques et moralisatrices constituent une forme d'entrave à l'IVG.

(40) CSIS, L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse, Janvier 2011, p.19
Voir à ce sujet aussi : JEANDET-MENGUAL Emmanuèle, Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, IGAS, 2002

(41) IGAS, La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, Octobre 2009, p.4 et p.54.
CSIS, L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse, Janvier 2011, p.11 et 12

Ces freins affectent notamment les mineures. Malgré l'obligation légale d'accompagnement d'un « adulte référent » et non d'un parent, il arrive qu'une IVG leur soit refusée lorsque l'accompagnant-e n'est pas le parent. Il convient donc de faire appliquer la loi qui est claire quant au statut de l'accompagnant-e(42).

Ces questions renvoient à l'enjeu de formation initiale et continue de tous les professionnel-le-s de santé : médecins, infirmier-e-s, sages-femmes, cadres de santé, aides soignant-e-s et travailleurs sociaux. Il y a aujourd'hui un véritable manque de formation spécifique des personnels à la prise en charge des IVG. Il semble donc essentiel de les former non seulement d'un point de vue technique, mais aussi et surtout sur l'histoire, le droit, et les enjeux de santé et sociétaux de l'avortement.

Cette formation est nécessaire pour tous les médecins, et pas seulement pour les gynécologues. Elle est effectivement indispensable pour l'accueil, l'orientation et la réalisation des IVG médicamenteuses, acte de médecin généraliste. Les anesthésistes, parfois cités comme facteurs de difficultés lors du recueil de témoignages sur les parcours de soin, sont également concernés(43).

Le schéma ci-dessous indique les enseignements relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans les études de médecine.

Schéma de la formation des médecins	
1er cycle d'études médicales : PACES 1 (L1 santé) et 2	1re année : l'UE7 *Santé, Société et Humanité* aborde les questions de l'IVG (1,5h) et de la contraception (6h) d'un point de vue éthique et historique 2e année : endocrinologie et reproduction (appareils reproductifs homme et femme)
2e cycle	5e année DCEM3 : cours de gynécologie obstétrique (39h)
3e cycle	ECN : examen national classant Choix du DES (Diplôme d'Etudes de Spécialités) : – DES Gynécologie Obstétrique : 200 places – DES Gynécologie Médicale : 30 places
Formation continue	Il existe des diplômes interuniversitaires consacrés à l'IVG et la contraception, selon les universités

Dans certaines régions existent des formations universitaires sur l'IVG : elles correspondent à une réelle volonté de professionnalisation ; ces formations devraient être élargies à l'ensemble des universités françaises.
Les médecins ne sont pas les seuls concernés. Les autres acteurs, comme les conseiller-e-s, les travailleur-se-s sociaux-ales, les infirmier-ère-s. sont autant de personnes qu'il est aussi nécessaire de former aux enjeux de l'IVG. Le personnel éducatif a également intérêt à se confronter à ce type de questions, notamment pour gérer par la suite la prise en charge des mineures scolarisées souhaitant pratiquer une IVG.
Il est proposé de mettre en place des formations spécifiques adressées aux personnels concernés, comme le proposent déjà les associations REVHO (Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'Orthogénie) et le Planning Familial, agréées pour cela.

(42) Article L2212-7 du code de la santé publique
(43) IGAS, La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, Octobre 2009, p.26

RECOMMANDATION N°17

Inscrire les sexualités, la contraception et l'IVG:
- **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 Interuniversitaires (DIU) sur le terrain de la sexualité-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.**

RECOMMANDATION N°18

Informer 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 du système de soins

5. La clause de conscience

Si en Italie la part des médecins refusant aux femmes une IVG parce qu'ils usent de « l'objection de conscience » se situerait entre 70% et 80%, la réalité de l'utilisation de la clause de conscience en France est très mal connue.

Selon l'article R.4127-47 du Code de la santé publique : « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

L'article R.4127-328 du même code accorde aussi aux sages-femmes, et dans les mêmes conditions, le droit de recourir à la clause de conscience.

Concernant les infirmières et les infirmiers, l'article 41 du décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, leur permet de ne pas effectuer des soins s'ils ou elles le décident.

La clause de conscience est donc accordée pour l'ensemble des actes médicaux aux professionnel-le-s de santé. Elle est toutefois spécifiée(44) et rappelée à l'article 8 de la loi du 4 juillet 2001 qui conserve l'article 2212-8 du code de la santé publique, en y ajoutant que le médecin doit communiquer immédiatement le nom des praticiens qui réalisent cette intervention.

Les inspections menées par les ARS font ainsi remonter des situations où la clause de conscience est invoquée pour refuser de pratiquer des IVG dans des situations particulières : femmes jugées « récidivistes », mineures sans autorisation parentale, etc.). L'IGAS et le CSIS font également état des difficultés inhérentes à cette clause(45), notamment concernant les chef-fe-s de service. Même lorsque ces dernier-e-s se prévalent de la clause de conscience, ils et elles sont tenu-e-s par la loi(46) d'organiser l'IVG dans leur service(47). Toutefois, l'offre est dans ce cas-là peu ou mal développée : l'IGAS cite l'exemple d'établissements où la position du chef de service fait référence pour l'ensemble de l'équipe concernée, cette dernière n'osant pas aller à contre-courant de la position du supérieur.

(44) La clause de conscience est également spécifiée à l'art. L.2123-1 du code de santé publique pour la stérilisation à portée contraceptive

(45) IGAS, La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, Octobre 2009, p.59

CSIS, L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse, Janvier 2011, p.20

(46) La loi de 1979 porte déjà cette obligation

(47) Circulaire DGS/DHOS n°2001/467 du 28 octobre 2001

RECOMMANDATION N°3

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

C. Un mode de facturation de l'IVG par forfait qui sous-évalue son coût réel

La question du montant du forfait est récurrente lorsque l'on aborde la problématique de l'accessibilité à l'IVG.

L'article 1 de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse définit les prix limites des soins et les forfaits d'hospitalisation, pratiquées dans les établissements de santé et en ville.

Les montants sont définis comme suit(48) :

Méthode de l'IVG, de l'anesthésie et lieu	Coût (euros)
IVG MEDICAMENTEUSE	
IVG médicamenteuse en médecine de ville (cabinet médical, centre de santé et CPEF)	191,74 €
IVG médicamenteuse en établissements de santé	257,91 €
IVG CHIRURGICALE	
Avec anesthésie locale pour un séjour dont la date de sortie est égale à la date d'entrée	437,03 €
Avec anesthésie locale pour un séjour comportant au moins une nuitée	477,66 €
Avec anesthésie générale pour un séjour dont la date de sortie est égale à la date d'entrée	586,01 €
Avec anesthésie générale pour un séjour comportant au moins une nuitée	644,71 €

Le gouvernement a annoncé le 26 mars 2013 une nouvelle revalorisation du forfait de l'IVG à hauteur de 50%(49), car l'IVG était jusqu'à présent une activité peu rentable pour les structures de soins, ce qui expliquait notamment le retrait du privé dans l'activité IVG, et la concentration voire la diminution de l'offre.

(48) Arrêté du 23 juillet 2004 (modifié par l'arrêté du 26 mars 2013) relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse

(49) Arrêté du 26 mars 2013 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse

Le forfait avait déjà auparavant connu plusieurs vagues de revalorisation. Or, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) a procédé à des simulations de coûts de l'IVG, notamment en comparant le tarif de cette intervention à celui des fausses couches spontanées. **Ainsi, si les IVG relevaient elles aussi du droit commun et étaient inscrites dans la nomenclature, les tarifs se situeraient entre 569€ et 633€**. L'ATIH concluait alors que les revalorisations successives de l'IVG ne permettaient pas encore de rattraper le retard pris ces dernières années par rapport au coût réel de l'IVG chirurgicale.

Ceci étant, les établissements ont aujourd'hui beaucoup de mal à rendre compte du coût réel entraîné par une IVG, limitant l'appréciation de l'efficacité de ces revalorisations. Cette difficulté est en partie due aux actes associés à l'IVG (échographie, biologie, dépistage des Infections sexuellement transmissibles, etc.) : tous les établissements ne pratiquent pas les mêmes actes dans le cadre de l'IVG. Pour répondre à cette problématique, un travail de réflexion autour de recommandations professionnelles pourrait être envisagé afin d'uniformiser les pratiques en la matière.
D'autant plus que les actes officiellement associés à l'IVG sont déjà inscrits dans la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) : ils sont semblables à ceux pratiqués pour une fausse couche. Or, les frais occasionnés par les fausses couches sont mieux remboursés que ceux pour les IVG.

En plus de permettre au tarif de l'IVG d'être régulièrement réévalué, sur le modèle des autres tarifs soumis à la tarification à l'acte, les actrices et acteurs de l'IVG s'accordent à demander la suppression de ce système de forfait, afin de faire de l'IVG un acte médical comme les autres.

RECOMMANDATION N°15
Supprimer la forfaitisation de l'IVG

- Chapitre 2 -
Choix de la méthode, confidentialité et coûts : les obstacles pour les femmes à un véritable accès à l'IVG

Les évolutions de l'offre de soin décrites précédemment ont des conséquences fortes sur la prise en charge des femmes, et sa qualité. En particulier, le choix de la méthode de l'IVG et de l'anesthésie, la confidentialité, la gratuité et la qualité de l'accompagnement sont en jeu.

A. Le choix de la méthode IVG et de l'anesthésie : enjeu majeur d'une prise en charge de l'IVG de qualité

1. Le choix de la méthode de l'IVG n'est pas toujours garanti

Ainsi que nous l'avons expliqué plus haut, les mêmes choix de méthode ne sont pas possibles dans l'ensemble des structures.
Les IVG chirurgicales ne sont praticables qu'en établissements de santé, quand les IVG médicamenteuses peuvent être réalisées partout.

Le choix de la méthode, une recommandation de la Haut Autorité de Santé

D'après la HAS :

> *« Dans tous les cas où cela est possible, la femme doit pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que la méthode d'anesthésie, locale ou générale. »*

La diversification des modes de prise en charge de l'IVG médicamenteuse et instrumentale, au sein de tous les établissements la pratiquant est par ailleurs l'une des quatre orientations nationales présentées dans le guide des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS), élaboré par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)[50].

Le tableau ci-après (page 68) identifie les raisons qui peuvent orienter les femmes – au-delà du terme de la grossesse – dans leur choix de méthode d'IVG.

(50) DGOS, Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS PRS, version 2.1, 2011

Dans la pratique, le choix des femmes est peu sollicité, ni respecté

« Parmi les IVG réalisées en établissement, 44 % des femmes affirment avoir eu le choix de la technique de l'IVG. Parmi celles qui n'ont pas eu le choix, la raison évoquée dans plus de six cas sur dix est l'avancement de la grossesse qui ne permet plus une IVG médicamenteuse. Une femme sur cinq déclare avoir laissé le médecin faire au mieux et une sur dix dit ne pas avoir été consultée sur la méthode.»(51)
Le choix de la méthode de l'IVG ne semble donc toujours pas garanti.

Le site du Ministère de la Santé, www.ivg.gouv.fr le confirme également :

Extrait du site ivg.gouv.fr

Attention : si l'IVG est prévue dans un établissement de santé

Tous les établissements de santé publics ou privés ne pratiquent pas les deux techniques. Il est important de s'informer le plus tôt possible.

Certains établissements sont surchargés et les **délais** peuvent être très longs. Il est nécessaire d'en tenir compte pour prendre les rendez-vous.

Si la patiente envisage de ne pas se rendre à un rendez-vous déjà fixé, il est indispensable qu'elle téléphone à l'établissement de santé pour l'annuler : la place rendue disponible sera utile à une autre femme. Certaines femmes peuvent se trouver en grave difficulté lorsque le **délai** légal d'accès à l'**IVG** risque d'être dépassé.

Pour connaître les adresses des établissements les plus proches de chez vous, utilisez la carte ci-contre en cliquant sur votre région.

(51) Vilain Annick, « Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge », Revue française des affaires sociales, 2011/1 n° 1, p. 130

Avantages et inconvénients de chacune des méthodes (52)				
Méthode	**Délais/Lieux**	**Processus**	**Avantages**	**Inconvénients**
IVG médicamenteuse	Jusqu'à 7 semaines de grossesse dans les établissements de santé ; Jusqu'à 5 semaines de grossesse pour les médecins de ville et les CPEF	1er RDV : prise de la Mifégyne (stoppe le développement de l'embryon) 2e RDV, 36 à 48h plus tard : prise de prostaglandines (provoqua les contractions de l'utérus pour expulser l'embryon par voies naturelles, 2 -4h voire davantage, après la prise des comprimés)	Méthode non invasive A domicile Méthode faisable rapidement après le choix	Durée du processus (plusieurs jours) Expulsion chez soi (parfois) Charge psychologique(53) Douleur et pénibilité (effets secondaires : hémorragies, vomissements, diarrhées, nausées, maux de ventre, voire perte de vue) Une aspiration est parfois nécessaire (3 à 5% d'échec de l'IVG médicamenteuse)
IVG par aspiration Anesthésie locale	Jusqu'à 12 semaines de grossesse, en établissement de santé	Durée de l'intervention : 15-20 minutes (anesthésie, dilatation du col de l'utérus, aspiration) Pré et post-intervention : 1 à 2 h	Moins douloureuse Moins d'hémorragies Durée totale du processus plus rapide Conscience	A l'hôpital Anesthésie
IVG par aspiration Anesthésie générale	Jusqu'à 12 semaines de grossesse, en établissement de santé	Intervention : 15-20 minutes (anesthésie, dilatation du col de l'utérus, aspiration) Pré et post-intervention : 1 à 2h	Moins douloureuse Moins d'hémorragies Durée totale du processus plus rapide Inconscience	A l'hôpital Anesthésie Davantage de complications possibles(54) Récupération plus longue

(52) Sur ce sujet, voir : Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration. Women's preferences and acceptability of treatment. BMJ 1993;307(6906):714-7
(53) IGAS, La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, Octobre 2009, p.39 et 136
(54) Organisation mondiale de la santé (OMS), Avortement médicalisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, 2004 et Immediate complications of surgical abortion, Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2006, C. Soulat, M. Gelly, Centre de Contraception et d'IVG, Hôpital Louis-Mourier, Colombes

Une offre de soins limitée entrave ce choix des femmes

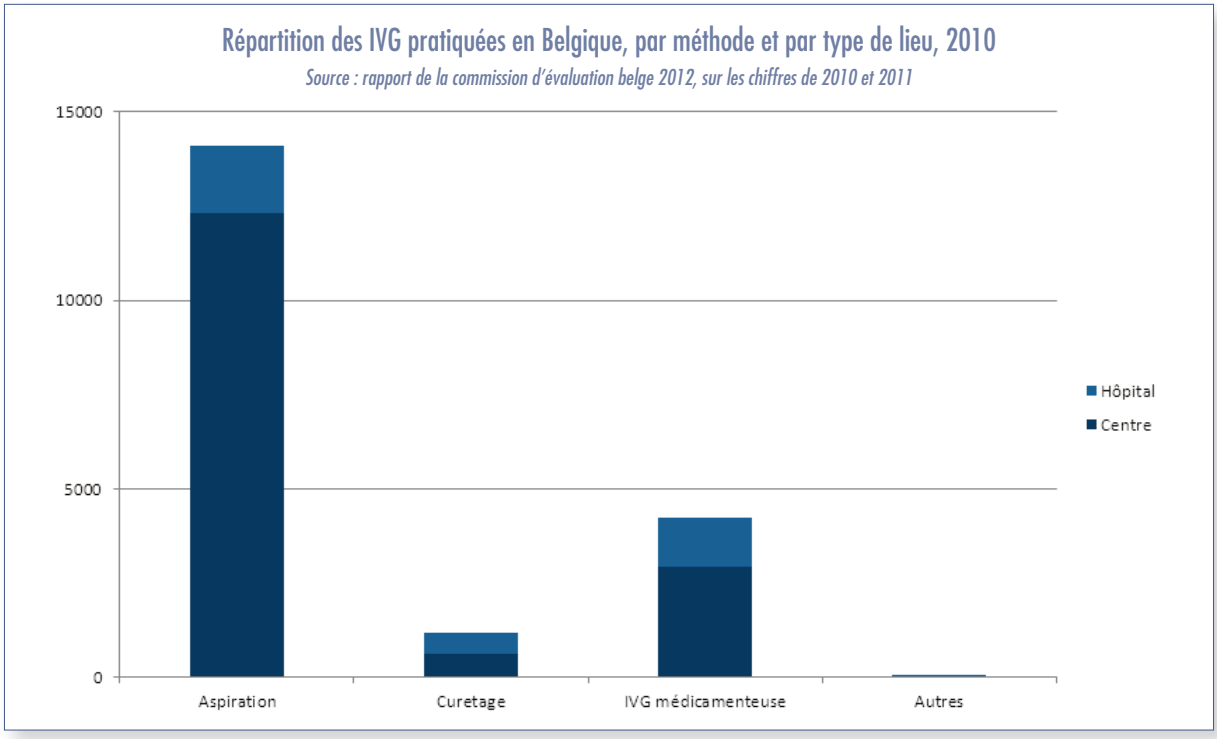
La question du choix de la méthode est à articuler avec le point développé précédemment concernant la diminution de l'offre en établissement de santé, puisque l'IVG chirurgicale ne peut être pratiquée en établissement de santé uniquement.

Si le développement de l'IVG médicamenteuse en ville permet parfois de maintenir l'offre de soins, il convient de garantir le choix et ce, de manière pérenne. Si les établissements de santé disparaissent, disparaissent également les lieux offrant la possibilité de pratiquer une IVG chirurgicale et donc la possibilité réelle du choix.

L'extension des lieux de pratique de l'IVG chirurgicale : l'expérience belge

Pour répondre à la double problématique, de proximité et d'accès au choix, le Haut Conseil a étudié les pratiques établies en Belgique, où les Centres de planning ont l'autorisation de pratiquer les IVG par aspiration sous anesthésie locale. Ces centres, appelés aussi « petites maisons », pratiquaient l'IVG avant sa dépénalisation. Acteurs historiques, ils sont aujourd'hui réunis dans le réseau GACEHPA (Groupe d'Action des Centres Extra Hospitaliers Pratiquant l'Avortement). Les centres sont en contact avec les établissements de santé, mais ce sont eux qui tiennent lieu de références en matière d'IVG.
Il est à noter que les Centres de planning n'offrent aucune possibilité d'hospitalisation ni d'anesthésie générale alors que cela peut être le cas dans les centres hospitaliers.

L'IVG par aspiration sous anesthésie locale y est largement pratiquée, et est préférée par de nombreuses femmes à l'IVG médicamenteuse lorsqu'elles ont le choix. En effet, 81% des IVG ont eu lieu dans un centre, et 87% d'entre elles sont des IVG par aspiration(55).



(55) Rapport de la commission d'évaluation belge 2012, sur les chiffres de 2010 et 2011

Il ressort également de l'expérience belge, le rôle crucial que peut jouer le ou la conseiller-e conjugal-e et familial-e en termes d'accompagnement et de prise en charge.

De son côté, l'IGAS, dans son rapport de 2009 sur la prise en charge de l'IVG, a aussi mené une enquête sur les pratiques belges dans les CPEF.
Selon l'IGAS, ce système comporte plusieurs avantages, notamment celui de participer à la banalisation et la dédramatisation de l'IVG par aspiration, et de permettre la formation des jeunes médecins par les seniors de la génération militante afin de préparer la relève dans la pratique des IVG(56).

Ainsi, en plus d'assurer une intervention de proximité et un accompagnement de qualité grâce aux CPEF, ce dispositif permet aux femmes de pouvoir choisir plus facilement la méthode qui leur convient.

Il apparait donc comme envisageable d'étendre la pratique de l'IVG chirurgicale sous anesthésie locale aux centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale, dont la pratique est aujourd'hui limitée aux seules IVG médicamenteuses.

Ainsi que l'étude « Complications immédiates de l'IVG chirurgicale » menée par C. Soulat et M. Gelly en 2006 l'indique :

> *« Les grandes études récentes constatent toutes que l'avortement légal par aspiration est une procédure extrêmement sûre. Il comporte en effet moins de risques que d'autres actes médico-chirurgicaux effectués couramment en dehors de l'hôpital. (…) Les complications ne sont pas plus nombreuses qu'avec l'IVG médicamenteuse. Au regard des données de la littérature, l'IVG par aspiration devrait donc être réalisable hors établissement de santé, comme c'est le cas dans de nombreux autres pays »*(57).

Mise en œuvre

De même que la pratique de l'IVG médicamenteuse est d'ores et déjà autorisée pour tout-e médecin ayant suivi une formation proposée par son centre de référence lorsque cela été nécessaire, la pratique de l'IVG par aspiration sera autorisée pour tout-e médecin ayant été formé-e à cette pratique dans un centre d'IVG, unité fonctionnelle IVG ou CPEF les pratiquant. Par ailleurs, des dérogations devront être envisagées afin de permettre l'activité de soins en chirurgie et gynécologie obstétrique en dehors des établissements de santé.

Les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP), annoncées comme une réponse à la double problématique du vieillissement de la démographie médicale et des inégalités d'accès dans les territoires, pourraient également devenir des lieux de pratique de l'IVG par aspiration.

Cette pratique pourra faire l'objet de conventions avec les Agences Régionales de Santé, selon le même principe que pour les IVG médicamenteuse hors hôpital aujourd'hui. Les ARS seraient alors les garants de la qualité et de la sécurité des soins.

RECOMMANDATION N°13

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

(56) *IGAS, La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, Octobre 2009, p.143*

(57) *Immediate complications of surgical abortion, Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2006, C. Soulat, M. Gelly, Centre de Contraception et d'IVG, Hôpital Louis-Mourier, Colombes*

Il convient également de rappeler que le développement de cette pratique devra être complémentaire du développement des IVG médicamenteuses par les centres de planification ou d'éducation familiale, qui réalisent aujourd'hui moins de 1% des IVG.

2. Le choix de la méthode de l'anesthésie n'est pas toujours assuré

Pour les IVG par aspiration, deux méthodes d'anesthésie sont possibles : l'anesthésie locale et l'anesthésie générale.
Au-delà de la raison des délais – qui fixent les limites de l'usage de certaines méthodes, les raisons évoquées par les femmes pour leur choix de la méthode d'IVG et d'anesthésie sont de nature diverse *(cf. tableau précédent)*.

Il apparait aujourd'hui que le choix de la méthode de l'anesthésie n'est toujours pas garanti, comme le soulèvent plus d'un tiers des ARS dans leurs inspections. Certains établissements préfèrent ne proposer que le recours à l'anesthésie locale, d'autres à l'anesthésie générale seulement, limitant de fait le choix des femmes. Parfois, le choix n'est proposé qu'aux femmes majeures et l'anesthésie générale est refusée aux femmes mineures.

Qu'il s'agisse du type d'anesthésie ou du type d'IVG, il apparait qu'un réel effort doit être réalisé pour informer les femmes des choix qu'elles ont et pour assurer les différentes options. Cette information doit avoir lieu lors de la première consultation.

Le guide méthodologique d'élaboration des Schémas Régionaux de l'Organisation des Soins (SROS-PRS)[58] propose déjà aux ARS l'orientation nationale : « Diversifier les modes de prise en charge de l'IVG (médicamenteuse et instrumentale) au sein de tous les établissements les prenant en charge ». Ce sujet doit faire l'objet d'un intérêt constant, dès maintenant et au-delà de la date d'échéance du SROS-PRS en 2016.

RECOMMANDATION N°20
Assurer à toutes les femmes l'information sur l'ensemble des méthodes d'IVG

RECOMMANDATION N°21
Assurer tous les choix de méthode dans chaque établissement de santé pratiquant l'IVG

(58) DGOS, Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS PRS, version 2.1, 2011

B. La confidentialité n'est pas toujours garantie, en particulier pour les femmes ayant droit d'un-e assuré-e, les mineures ou les jeunes majeures

L'article L132-1 du code de la sécurité sociale prévoit que l'intégralité des dépenses afférentes aux interruptions volontaires de grossesse sont prises en charge par l'Assurance Maladie. Le décret d'application du présent article prévoit les conditions permettant de respecter l'anonymat dans les procédures de prise en charge(59).
Cette nécessité de confidentialité est également rappelée par la circulaire du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des IVG : elle rappelle que les établissements de santé veillent au respect de la confidentialité des documents adressés par les médecins.

Néanmoins, les observations sur le terrain témoignent du fait que l'accès anonyme n'est pas toujours garanti.

D'abord, des raisons d'organisation « logistique » du service peuvent contrevenir à l'anonymat : l'entretien se déroule parfois dans une salle « ouverte », ou encore l'organisation des salles d'attente n'assure pas toujours la confidentialité. Cela peut être le cas dans les établissements de santé, tout comme les centres de santé.

C'est également le mode de remboursement de l'Assurance Maladie qui empêche un véritable anonymat pour les IVG en ville. Un relevé de remboursement est en effet envoyé au domicile de la femme. Ces relevés permettent entre autre le remboursement par les mutuelles ou les complémentaires santés.
Bien que la feuille de soins remplie par le médecin et le relevé de remboursement transmis par l'Assurance Maladie soient aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'acte d'IVG réalisé, deux problèmes demeurent :

- Une codification de l'acte IVG y est inscrite : cette codification peut facilement être traduite par toute personne cherchant à la décrypter ;
- Les actes associés non pris en compte par le remboursement y sont inscrits.

Il faut cependant noter que les médecins sont tenus d'informer les femmes qu'ils reçoivent de ces modalités lors de la 1re consultation médicale préalable. Si elles le souhaitent, les médecins pourront l'orienter vers un établissement de santé qui pourra garantir un strict anonymat.

Une disposition est spécifiquement prévue pour pallier ce problème pour certains publics de femmes : une prise en charge à 100% avec dispense totale d'avance de frais a été mise en place pour les jeunes filles mineures non émancipées sans consentement parental, les femmes bénéficiaires de la CMU complémentaire et les femmes bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME).

RECOMMANDATION N°22

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

(59) Décret n°2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental

Ce dispositif devra bien entendu être expliqué aux femmes lors du premier rendez-vous ou pendant la seconde consultation par le médecin, afin que chaque femme puisse décider d'y avoir recours ou pas.

D'autres paramètres peuvent entraver l'accès à l'anonymat pour certains publics.

Toute femme ayant droit d'un-e assuré-e ne peut se voir garantir une stricte confidentialité : le relevé de remboursement des frais sera en effet transmis à l'assuré-e.

Pour les femmes mineures, deux types de difficultés remettent en question leur anonymat.

D'abord, la question du choix de l'accompagnant-e interfère. Les mineures ne sont en effet plus obligées d'avoir d'autorisation parentale pour avorter, et peuvent se faire accompagner de la personne adulte de leur choix. Toutefois, ce choix de la personne accompagnante n'est pas toujours garanti : 4,5% des mineures déclarent ainsi que c'est le/la médecin seul-e qui a choisi la personne adulte qui les accompagnerait(60). Cette limitation dans le choix de l'accompagnant-e va de pair avec une sortie de la confidentialité pour la femme mineure.

C'est ensuite la gestion des absences scolaires qui peut entraver l'anonymat. Théoriquement, si la jeune femme a fait part aux personnels de santé de son établissement, ou au directeur-trice, ces derniers sont tenus de garder le secret sur les démarches entreprises par la mineure.

Ils ou elles doivent lui permettre de sortir de l'établissement, et ne doivent en aucun cas communiquer l'absence aux parents ou responsables légaux.

Le rôle du directeur-trice de l'établissement scolaire n'est détaillé dans aucun texte de loi. Cependant, la Direction des affaires juridiques a diffusé une lettre juridique auprès des personnels de ces établissements pour préciser quelles étaient leurs responsabilités et le comportement qu'ils ou elles doivent adopter dans ce type de situation. Néanmoins, les faits montrent que les absences scolaires sont parfois comptabilisées et communiquées aux parents, car la raison de l'absence n'a pas été remontée à l'administration scolaire. Si la communication de l'absence n'est pas le résultat d'une volonté de nuire de la part de l'établissement, c'est une situation qu'il faut chercher à éviter. Il serait donc utile que les établissements rappellent aux élèves de les tenir informés lorsqu'elles s'absentent pour une IVG, afin de leur garantir la confidentialité.

De leur côté, les jeunes majeures peuvent rencontrer des difficultés à avoir un recours à une IVG de façon anonyme puisque les frais liés à l'IVG ne sont alors pas avancés : les femmes reçoivent alors le relevé de remboursement, à leur nom si elles disposent d'une carte vitale autonome ou au nom de l'ayant droit, le plus souvent les parents.
Deux solutions permettent d'y remédier :

- soit en étendant la possibilité d'avancer les frais, comme c'est le cas pour les mineures, pour les jeunes majeures qui le souhaitent ;
- soit en généralisant la délivrance de la carte vitale autonome. Néanmoins, afin d'assurer un parfait anonymat, un compte bancaire ou postal propre à l'assurée est alors nécessaire.

L'importance de la confidentialité ne vient pas remettre en question l'idée que l'IVG doit être considérée comme un droit à part entière. En effet, la confidentialité est aujourd'hui nécessaire dans la mesure où le droit des femmes à disposer de leur corps et à choisir librement une contraception ou un recours à l'IVG ne sont pas toujours assurés dans les faits et sont parfois remis en cause par l'entourage. C'est pourquoi des mesures spécifiques sont ici justifiées.

(60) Moisy Muriel, « Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante », Revue française des affaires sociales, 2011/1 n° 1, p. 182

C. Malgré le remboursement à 100% de l'IVG, la prise en charge de l'ensemble de l'acte n'est pas totale

Le Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures prévoit la prise en charge de l'ensemble des frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation inhérents à l'IVG.

La prise en charge de l'IVG fonctionne comme suit :
- Pour les assurées sociales : les frais liés aux IVG sont pris en charge par les organismes d'Assurance Maladie à 100% depuis le 31 mars 2013, dans le cadre d'un forfait. Auparavant, seules les femmes mineures étaient concernées.
- Pour les assurées sociales de nationalité étrangère : les IVG ne sont pas prises en charge par les organismes d'Assurance Maladie dans le cadre des conventions internationales. Par conséquent, ces frais d'intervention doivent être réglés en totalité par la femme le jour de son admission à l'hôpital, à charge pour elle d'en demander le remboursement à l'organisme dont elle relève.
- Pour les non-assurées sociales : les IVG sont prises en charge à 100% soit par l'Aide médicale d'Etat, soit par la femme elle-même quand elle en a les moyens financiers.

Plusieurs sujets liés à la dimension financière font l'objet de critiques :
- le montant du forfait : nous avons développé ce point précédemment ;
- les actes contenus dans le forfait.

Les actes contenus dans le forfait

Le remboursement des actes afférents à l'IVG ne fait pas l'objet de précisions réglementaires. Seul le site de l'Assurance Maladie précise les actes inclus et non inclus dans le forfait, tel qu'indiqué dans le schéma ci-après.
Ces tarifs sont valables pour toutes les femmes en dehors des trois publics spécifiques : les femmes mineures non émancipées sans consentement parental, les femmes bénéficiaires de la CMU complémentaire et les femmes bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME).

Actes inclus et non inclus dans les forfaits IVG remboursés par l'Assurance Maladie(61)		
Méthode et lieu	**Contient**	**Ne contient pas**
IVG médicamenteuse en ville (cabinet médical, centre de santé et CPEF)	Médicaments 2e consultation médicale 4e consultation médicale de contrôle	Prélèvement et analyses biologiques sanguines Echographie de datation Consultation initiale préalable à l'IVG
IVG médicamenteuse en établissements de santé (hôpital, clinique)	Analyses de laboratoire préalables à l'IVG 2e et 3e consultations de prise des médicaments 4e consultation médicale de contrôle	Consultation médicale préalable à l'IVG
IVG chirurgicale	Analyses de laboratoire préalables à l'IVG Anesthésie locale ou générale Intervention Surveillance, accueil et hébergement	1ere et 2e consultations médicales préalables et 4e consultation médicale de contrôle

Les acteurs de terrain constatent que ce dispositif entraîne des interprétations et des applications différentes. Ainsi, pour certaines structures, tous les actes liés à la bonne réalisation de l'IVG sont inclus dans le remboursement à 100%, pour d'autres le seul acte IVG (aspiration ou prise de myfépristone/misoprostol) est soumis au remboursement à 100%. Cela entraine une inégalité manifeste d'accès aux soins selon les territoires, les établissements, voire les praticiens dans un même territoire.

La question du forfait révèle également les difficultés auxquelles font face trois publics spécifiques :
- les femmes mineures ;
- les femmes précaires ;
- les femmes étrangères.

Les femmes mineures sont concernées depuis 2002 par la gratuité de tous les actes en lien avec l'IVG, y compris les échographies et les analyses biologiques(62). Les mineures devraient donc accéder à un acte gratuit, et sans autorisation de leur parent. Dans les faits, un certain nombre d'établissements, en particulier privés, ne pratiquent pas la gratuité de l'acte. Les acteurs de terrains font remonter des situations où certains établissements ont exigé des mineures qu'elles règlent l'acte en espèces.
Enfin, la gratuité est remise en cause car certains actes associés ne sont parfois pas pris en charge : c'est notamment le cas pour l'IVG en ville et l'échographie. Les mineures doivent dans ces cas-là avancer les frais.
La carte vitale autonome dès 15 ans permettrait dans ces situations de favoriser la gratuité de l'IVG. Les établissements scolaires pourraient en début d'année rappeler aux élèves qu'ils sont en droit de demander cette carte vitale.

(61) http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/interruption-volontaire-de-grossesse.php
(62) Article D.132-1 du code de la sécurité sociale

Pour les femmes précaires, si l'IVG est bien prise en charge à 100%, les actes associés, tels que l'échographie, ou l'analyse de biologie médicale, ne sont pas tous remboursés par l'Assurance Maladie. Les mutuelles et complémentaires santé prennent alors le relais. Or, toutes les femmes ne disposent pas de ce type de dispositif, et se voient donc dans l'obligation de financer une part de leur IVG. De plus, les actes associés à l'IVG sont soumis à une participation forfaitaire de 1€. Sont toutefois dispensées de cette participation les personnes bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle) et de l'AME (Aide Médicale de l'Etat).Les femmes en situation de précarité peuvent donc rencontrer des problèmes à financer le restant à payer.

RECOMMANDATION N°23

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

Pour les femmes étrangères, la loi de 2001 supprime la nécessité de justifier d'un titre de séjour pour ouvrir des droits à une couverture maladie. Néanmoins, elles doivent apporter la preuve de leur présence en France depuis plus de trois mois et justifier de leur domiciliation. Cela leur est parfois difficile et d'autant plus qu'elles ne maitrisent pas nécessairement la langue française.
Par ailleurs, la circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat a inscrit l'IVG dans les soins urgents, permettant à toutes les personnes étrangères d'accéder à ce soin.
Les acteurs et actrices de terrain notent cependant qu'en dépit de cette circulaire certains hôpitaux ne prennent pas en charge les femmes étrangères. Ce sujet devrait faire l'objet d'une évaluation précise.

RECOMMANDATION N°24

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

Au-delà de l'enjeu de gratuité, qui devrait être assurée aujourd'hui, le problème du coût impacte le choix : les femmes ne pouvant accéder au remboursement intégral de l'IVG privilégieront la méthode médicamenteuse.

D. Les entretiens psycho-sociaux ne sont pas systématiquement proposés

L'entretien psycho-social préalable à l'IVG et l'entretien post-IVG sont facultatifs pour les majeures. Seul l'entretien préalable est obligatoire pour les mineures(63), et la loi spécifie que l'entretien post-IVG doit obligatoirement leur être proposé(64).

Ces entretiens peuvent être conduits par différents professionnel-le-s : assistant-e social-e, conseiller-ère conjugal-e, psychologue, etc. L'entretien facultatif avant et/ou après l'intervention est un moment d'échange et d'expression, pour les femmes qui le souhaitent.

Bien que les textes prévoient que l'accompagnement soit proposé à toutes les femmes, la réalité est différente. Selon la DREES(65), environ un tiers des établissements proposent systématiquement l'entretien pré-IVG au sein de l'établissement et 5% des établissements le proposent hors de l'établissement. Concernant l'entretien post-IVG, les chiffres tombent à 16% des établissements proposant systématiquement un entretien dans l'établissement, et 3% en dehors de l'établissement.

La question de l'accompagnement est aussi primordiale pour les femmes en situation de précarité : ces dernières ont en effet des parcours de santé plus instables, et sont moins informées sur leurs droits(66). Elles se rendent moins souvent chez le médecin et ont plus difficilement accès aux informations relatives à la vie sexuelle. Les entretiens pourraient être pour ces femmes l'occasion d'aborder notamment les questions de contraception et de la sexualité en général.

Si le caractère facultatif de ces entretiens doit absolument être maintenu, tout établissement doit être en mesure d'informer les femmes de cette possibilité et de les orienter.

RECOMMANDATION N°19

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

(63) L. 2212-4 du code de la santé publique

(64) L. 2212-7 du code de la santé publique

(65) DREES, les établissements et les professionnels réalisant les IVG, Etudes et résultats n°712, Décembre 2009, p.3

(66) Voir sur ce sujet, Antonio UGIDOS et Danielle MESSAGER, Précarités, prises de risque et accès aux soins, Lettre d'information du CRIPS, janvier 2009

4. Gouvernance et responsabilités : les outils existants ne permettent pas un véritable pilotage de l'activité IVG

35% des femmes ont recours à une IVG dans leur vie : l'IVG est donc un assez courant de la vie sexuelle et reproductive des femmes. La bonne prise en charge de l'IVG est donc une question majeure pour les droits des femmes. Elle demeure pourtant soumise à des réglementations particulières, et sa place dans l'offre de soins reste floue.

Il est aujourd'hui nécessaire de revoir le système d'offre de soins afin de conférer à l'IVG un statut d'acte médical comme les autres, et ce notamment à travers une meilleure relation entre les acteurs et actrices des IVG et un meilleur système d'information et de suivi.

A. À tous les échelons de l'organisation, des objectifs imprécis en matière d'IVG

Les liens contractuels entre l'État, les ARS et les établissements de santé ne définissent pas d'objectifs précis pour l'activité IVG

1. Au niveau national, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens liant l'Etat aux ARS ne mentionnent pas l'IVG

Créées par l'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite HPST), les Agences Régionales de Santé (ARS) ont pour rôle la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau de la région. Elles gèrent entre autre l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population.

Cette approche territorialisée a pour objectif d'assurer une plus grande cohérence et une plus grande efficacité des politiques de santé sur chaque territoire afin de mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux, d'améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins et de lutter contre les inégalités de santé.

En pratique, les ARS signent avec l'Etat un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), qui est ensuite validé par le Conseil National de Pilotage. Le contrat actuel court jusqu'à fin 2013.

Le CPOM définit les grands objectifs en matière de santé :
- Améliorer l'espérance de vie en bonne santé ;
- Promouvoir l'égalité devant la santé (entendu ici comme égalité territoriale) ;
- Développer un système de santé de qualité, accessible et efficient.

Ces missions sont déclinées en 14 objectifs opérationnels de mise en place et de management, et 31 indicateurs « métiers » parmi lesquels douze communs ont été retenus, jugés prioritaires. Les autres sont propres à chaque région.

La mention spécifique à l'IVG et plus largement de la santé sexuelle et reproductive est absente de ces contrats. Néanmoins, les grands objectifs trouvent échos dans la pratique de l'IVG : l'objectif de promotion de l'égalité devant la santé et du développement d'un système de santé de qualité, accessible et efficient est effectivement valable pour l'IVG, ainsi que nous l'avons décrit préalablement. Chaque territoire et bassin de vie ne disposent pas systématiquement de structures pratiquant l'IVG ; et les femmes souhaitant avoir recours à l'IVG ne sont pas toujours en mesure d'avoir accès à une prise en charge de qualité *(voir supra)*.
Il apparait donc nécessaire que, pour atteindre les grands objectifs fixés par le CPOM signé avec l'État, les ARS se saisissent véritablement de la question de l'IVG.

Le rapport « La mise en place des agences régionales de santé » publié en septembre 2012 par la Cour des comptes établit d'ailleurs que **« les objectifs assignés aux agences apparaissent encore très généraux. »**

2. Au niveau régional, seule l'élaboration du SROS se voit imposer des orientations nationales et une sélection d'indicateurs en lien avec l'IVG

A partir du CPOM signé avec l'Etat, chaque ARS rédige ensuite son Projet Régional de Santé (PRS). Le PRS est prévu par la loi HPST de juillet 2009 :

> *« Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. »*

Le Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé énonce que le PRS est révisé au moins tous les cinq ans après évaluation de sa mise en œuvre et de la réalisation des objectifs fixés dans le plan stratégique régional de santé.

LE PRS est constitué de plusieurs documents :

- D'un ***plan stratégique régional de santé*** (PSRS), qui définit les priorités régionales et les objectifs généraux ;
  Il n'est pas obligé d'inscrire l'IVG au sein des PSRS. D'après une synthèse des plans stratégiques régionaux de santé réalisée par le Ministère de la santé en juillet 2011, « la moitié des régions abordent la thématique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par le biais de la prévention, de la promotion des IVG médicamenteuses, mais aussi de la facilitation des démarches ». Seule l'ARS de Poitou-Charentes fait de la thématique « santé sexuelle et affective » l'une des priorités de son PSRS.

- De trois schémas qui sont les outils opérationnels de la mise en œuvre du PRS :
  - un ***schéma régional de prévention*** (SRP),
  - un ***schéma régional de l'organisation des soins*** (SROS) comprenant plusieurs volets,
  - un ***schéma régional de l'offre médico-sociale*** (SROMS) ;

  Seule l'élaboration du SROS semble être guidée et se voit imposer des orientations nationales et une sélection d'indicateurs. Nous développerons cet élément ci-après.

- De trois programmes :
  - le ***Programme régional d'accès à la prévention et aux soins*** (PRAPS),
  - le ***Programme régional de gestion du risque*** (PRGDR),
  - le ***Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, programme télémédecine*** (PRIAC) ;

  Si l'IVG n'a pas sa place dans les PRGDR et les PRIAC, en revanche il est regrettable qu'il n'en soit pas fait mention dans les PRAPS.

- Des ***Contrats Locaux de Santé*** (CLS), qui lient les ARS à certaines collectivités territoriales et permettent aux ARS de mettre en œuvre le PRS sur les territoires jugés prioritaires, à une échelle infra-territoire de santé. Le CLS peut porter sur tout ou partie du champ de compétences de l'ARS.

  De la même manière, la définition de ces contrats ne repose sur aucune orientation spécifique à l'IVG.

3. Pour autant, le SROS ne propose aucune norme dans la pratique de l'IVG : les indicateurs ne sont pas adossés à des objectifs chiffrés ni nationalement, ni régionalement

Les SROS constituent l'outil clé dans l'organisation de l'accès à l'IVG sur le territoire. En effet, les SROS comportent notamment l'évaluation des besoins de santé, de l'offre de soins (bilan) et la détermination des orientations stratégiques de la région en matière d'organisation des soins (priorités régionales).

Six orientations nationales concernent l'IVG

Au sein des SROS, l'activité IVG est intégrée au chapitre périnatalité. Dans le guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS(67), la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) indique les **six orientations nationales** concernant l'IVG sur les 17 présentées dans ce chapitre consacré à la périnatalité et que les ARS doivent prendre en considération :

- Maintenir systématiquement l'IVG dans l'offre de soins de gynécologie-obstétrique et/ou de chirurgie notamment dans le cadre des restructurations.
- Organiser l'offre de soins de manière à assurer les IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse au niveau des territoires de santé.
- Diversifier les modes de prise en charge de l'IVG (médicamenteuse et instrumentale) au sein de tous les établissements les prenant en charge.
- Développer l'IVG hors établissement au sein des centres de santé et en collaboration avec les conseils généraux, les centres de planification familiale.
- Assurer l'articulation des établissements pratiquant des IVG avec les centres d'éducation et de planification familiale du conseil général en prévention des grossesses non désirées (contraception).
- Renforcer les coordinations entre les professionnel-le-s de santé libéraux et les établissements pratiquant des IVG, dans le domaine de la prévention des grossesses non désirées et de l'orientation des femmes en amont et en aval d'une IVG.

Les orientations nationales données par la DGOS vont dans l'ensemble dans le bon sens. Toutefois, le traitement de l'IVG par les ARS dans les SROS-PRS reste très hétérogène, et souvent succinct puisque les autres sujets du chapitre périnatalité sont souvent traités prioritairement.

(67) DGOS, Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS PRS, version 2.1, 2011

Des orientations spécifiques à chaque région peuvent y être ajoutées

Certaines ARS ont cependant choisi de traiter l'IVG au sein d'un autre chapitre et d'y intégrer des orientations spécifiques à leur territoire, généralement construites sur la base des conclusions de la campagne pluriannuelle d'inspections :

- Faciliter l'information et l'accès à la contraception ;
- Permettre un choix éclairé des femmes par une meilleure information sur les méthodes d'IVG ;
- Veiller à la diversité des méthodes d'anesthésie ;
- Mieux accompagner en pré-ivg et post-ivg notamment avec des conseiller-ère-s conjugal-e-s ;
- Mieux former les professionnel-le-s (notamment les médecins généralistes) en développant par exemple les conventions ;
- Améliorer la connaissance de l'ivg et le système d'information régional ;
- Améliorer les pratiques, notamment grâce à l'intervention des réseaux en santé périnatale.

Les inspections menées par les ARS n'ont pas mis l'accent sur un déficit d'offre actuelle, mais craignent pour son maintien en raison notamment du manque d'effectifs médicaux. L'objectif national de maintien de l'offre est très souvent repris dans les SROS, mais les moyens de mise en œuvre ne sont pas toujours précisés.

Trois indicateurs sont utilisés pour évaluer la prise en charge des IVG mais aucune norme n'est proposée

Les SROS-PRS doivent également comprendre trois indicateurs concernant la prise en charge des IVG, sur les 7 que compte ce chapitre. Ces indicateurs sont les suivants :

- Part d'établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie ;
- Part d'IVG médicamenteuse pratiquée en établissement de santé ;
- Part d'IVG médicamenteuse pratiquée en dehors des établissements de santé.

La liste de ces indicateurs mériterait d'être allongée afin de prendre en compte l'ensemble des problématiques inhérentes à la prise en charge des IVG. Les ARS ont bien sûr la possibilité de compléter cette liste avec d'autres indicateurs correspondant aux spécificités de leur région. Mais ces indicateurs supplémentaires sont parfois difficiles à recueillir et à analyser.

Des orientations et des indicateurs qui devraient pourtant, selon les textes, déjà être une réalité

Apparaissent comme des orientations des éléments qui sont de l'ordre de la loi et qui devraient simplement faire au mieux, l'objet d'un rappel.

Le Haut Conseil s'étonne de voir proposés comme objectifs, des éléments qui sont du ressort de la loi. Ainsi :

- Alors que les articles R.2212-4 du Code de la Santé Publique prévoient que l'ensemble des établissements de santé doit prendre en charge des IVG jusqu'à 12 semaines, la seconde orientation nationale est ainsi rédigée : « Organiser l'offre de soins de manière à assurer les IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse au niveau des territoires de santé »
- Selon les mêmes articles, l'ensemble des établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie doivent pratiquer l'IVG. Pourtant, l'un des indicateurs qui doit être compris dans les SROS est ainsi définit : « Part d'établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie ».

4. Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens liant les ARS aux établissements de santé : l'IVG n est pas obligatoire

Les ARS signent ensuite des CPOM avec les établissements de santé publique, contrats qui sont les outils de dialogue privilégiés entre les ARS et les établissements. Les CPOM s'inspirent des SROS, et peuvent donc contenir des objectifs en matière d'IVG. Toutefois, aucune obligation ne les contraint à intégrer cette question dans leur contrat.

Le guide des CPOM de la DGOS précise :

> *« En effet, les contrats n'ont pas vocation à traiter, pour chaque établissement, et de manière exhaustive, de l'ensemble des orientations régionales. Ils déterminent de manière précise et synthétique les principales transformations envisagées dans l'activité et le fonctionnement des établissements pour contribuer à l'atteinte des objectifs fixés au titre de l'organisation et de la performance de l'offre territoriale.*
>
> *En conséquence, le contenu des CPOM doit être en priorité orienté vers la déclinaison à l'échelle des établissements du contenu du SROS-PRS c'est-à-dire des évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité »*[(68)].

Le dispositif d'offre de soins est donc composé de nombreux contrats, de nombreux programmes et schémas. Toutefois, aucun ne comprend de contraintes fortes en matière d'IVG.

(68) Guide des CPOM de la DGOS, page 6, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_CPOM_2012.pdf

B. Des statistiques lacunaires qui ne permettent pas une connaissance précise et en temps réel de l'activité IVG

1. Des sources de statistiques nombreuses mais incomplètes…

Plusieurs sources permettent de disposer de données sur les IVG :

- ***Les Bulletins d'Interruption de Grossesse*** (BIG) :
  Distribués par les ARS, les BIG doivent, depuis la loi de 1975, être remplis par les médecins conventionnés ou au sein des établissements de santé. Les données sont ensuite centralisées par la DREES. S'ils ne sont pas systématiquement remplis, en particulier dans le secteur privé, ils apportent néanmoins des informations d'ordre qualitatifs intéressantes. Le rapport du CSIS de 2011 soulignait néanmoins que des informations sociologiques manquaient ainsi que la possibilité d'indiquer que les IVG médicamenteuses ont été délivrées par un centre de santé ou un centre de planification et d'éducation familiale(69).

- ***Les Statistiques Annuelles des Établissements de santé*** (SAE) :
  La Statistique annuelle des établissements de santé recueille, annuellement, les données des établissements de santé. Les données sont collectées par la DREES.
  Le CSIS signalait dans le même rapport que les chiffres issus de la SAE étaient les plus réguliers en tendance et globalement les plus fiables, sauf pour les IVG en ville. Il leur était toutefois reproché de ne fournir que des informations en nombre limité et agrégées par établissement(70).

- ***Le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information Médecine Chirurgie Obstétrique*** (PMSI-MCO) :
  Conçu par l'Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation (ATIH), ces statistiques sont constituées pour chaque année civile, à partir de fichiers transmis et validés par les établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Le CSIS en 2011 insistait encore ici que ces statistiques n'isolaient pas les IVG et comprenaient également les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical(71).

- Les statistiques de la ***Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)*** :
  Elles sont établies à partir des données recueillies *via* les feuilles de soins remplies par les médecins en ville. Elles servent donc à estimer le nombre d'IVG réalisées en médecine de ville.

Les informations issues de ces différentes sources sont exploitées par :
- Les enquêtes des instituts de recherche INSERM et INED(72);
- Les enquêtes de la DREES.

(69) CSIS, L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse, Janvier 2011 , p.17
(70) Idem
(71) Idem
(72) Ces deux instituts mènent par ailleurs des enquêtes dédiées sur la contraception et l'IVG, offrant de nouvelles sources de données conséquentes

Toutefois, ces indicateurs ne prennent pas en compte l'ensemble des problèmes auxquels font face les femmes. Ils pourraient en effet se référer aux recommandations de l'HAS, ce qui apporterait d'avantage de cohérence.
En plus de cela, les données sont parfois mal renseignées : les fichiers sont difficiles et nombreux, ce qui fait obstacle à une remontée claire et exhaustive des informations.

2. … et qui ne sont pas à disposition des acteurs pour les outiller dans leur suivi

Pour piloter l'activité au quotidien, tout comme pour assurer une bonne compréhension d'un sujet qui mêle questions de santé publique, points de vue éthiques, religieux, philosophiques, moraux et politiques, disposer de données fiables et objectives est fondamental.
Pourtant, ni les établissements de santé, ni les ARS n'ont les moyens de suivre la politique de santé qu'ils pilotent de façon régulière, et localement.
Le rapport « La mise en place des agences régionales de santé » publié en septembre 2012 par la Cour des comptes l'énonce clairement **« Investir dans les systèmes d'information : une priorité »**.

Au-delà des statistiques officielles, les inspections menées par les ARS font remonter que plusieurs régions ont mis en place, ou prévu de le faire, des fiches de déclaration d'événements indésirables liés à l'accès à l'IVG. Le recueil de ces données permettrait un traitement fin des situations sources d'inégalités d'accès. Ce dispositif de vigilance mis en place au niveau local permettrait un meilleur suivi de l'activité tout au long de l'année. Le vécu des femmes est donc une source d'information qu'il ne faut pas négliger.

RECOMMANDATION N°29

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) :

- 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-e 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

C. Des contrôles inexistants : les outils de pilotage sont insuffisants

1. Au niveau national, une organisation bicéphale qui opacifie les modalités de l'évaluation et du contrôle

Au niveau national, deux structures assurent le pilotage de la politique de santé :

- **Le Conseil National de Pilotage**(73) « veille notamment à la cohérence des politiques que les ARS ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins, de prise en charge médico-sociale, de gestion du risque. Il valide les objectifs et les directives et s'assure de leur bonne mise en œuvre et de leur atteinte. »

- **Les administrations centrales, et en particulier la direction générale de l'offre de soins (DGOS)** qui continue de traiter directement des dossiers particuliers à certains établissements de santé. Ainsi que l'énonce le rapport « La mise en place des agences régionales de santé » publié en septembre 2012 par la Cour des comptes, « les administrations centrales (…) n'ont pas tiré toutes les conséquences de la création des ARS ».

Cette organisation bicéphale sème le trouble sur l'organisation de l'évaluation et du contrôle des ARS.

Afin de mettre en place des modalités de contrôle et d'évaluation satisfaisants, une meilleure connaissance de l'activité et de l'accès à l'IVG sur le territoire est un préalable.
Un « Observatoire national sexualités-contraception-IVG », pérenne et indépendant, pourrait être missionné afin d'assurer, dans la durée, l'observation de la pratique de l'IVG en France, l'évaluation de l'application des obligations légales et la généralisation des bonnes pratiques. Composé de représentants de l'Etat et de professionnel-le-s de santé, 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, analysera les informations statistiques de suivi de l'activité IVG et assurera le recensement des bonnes pratiques déployées localement pour les généraliser sur l'ensemble du territoire.

RECOMMANDATION N°26

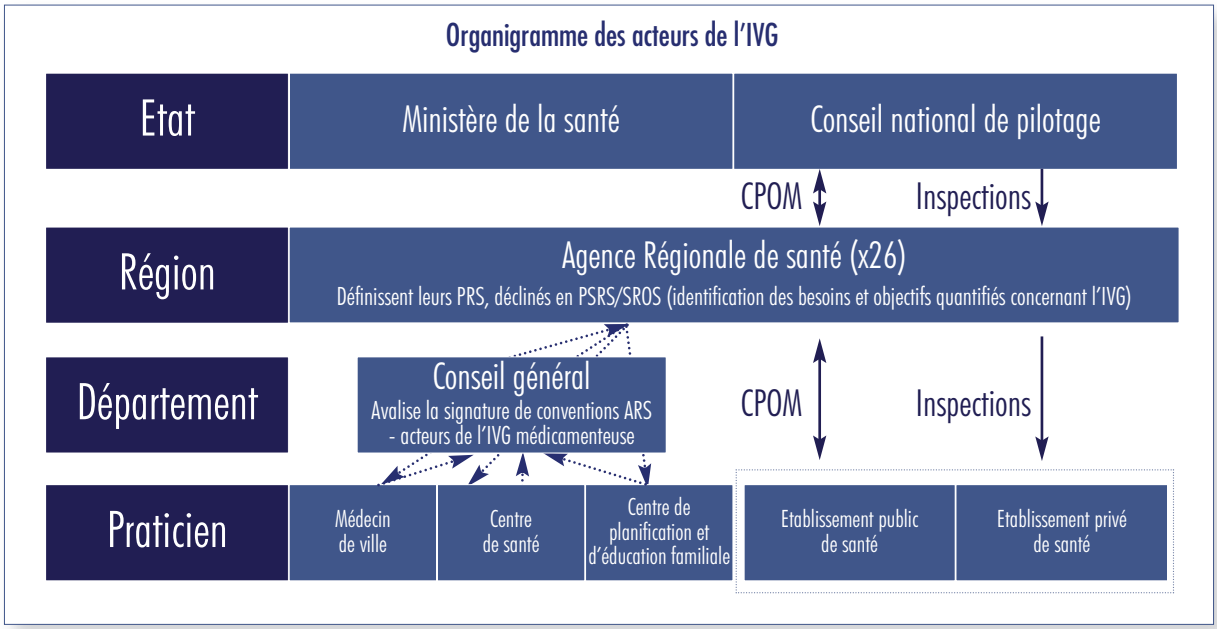
Créer un « Observatoire national sexualités-contraception-IVG », pérenne et indépendant, ayant pour mission l'observation de la pratique de l'IVG en France, l'évaluation de l'application des obligations légales et la généralisation des bonnes pratiques. Cet Observatoire organisera la synthèse des données 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

Complémentaires au suivi et à l'évaluation menée par le Conseil National, des testings ponctuels devront être réalisés afin de contrôler la réponse opérationnelle de l'offre de soins.

RECOMMANDATION N°27

Faire réaliser des « testings » ponctuels pour apprécier les capacités de réponses opérationnelles du dispositif de prise en charge de l'IVG

(73) http://www.ars.sante.fr/Le-Conseil-national-de-pilotag.89763.0.html



2. Au niveau régional, un contrôle très faible de l'obligation légale faite aux établissements de santé publics de pratiquer les IVG

Les inspections pluriannuelles des ARS font remonter de nombreux dysfonctionnements. Toutefois, leurs conclusions ne mènent à aucune sanction, notamment auprès des établissements de santé ne respectant par les articles L.2212-8 et R.2212-4 du Code de la Santé Publique les obligeant à pratiquer les IVG lorsqu'ils disposent de lit en gynécologie ou en chirurgie. La seule obligation opérationnelle dans le domaine de l'IVG est donc celle des établissements de santé publics à pratiquer l'IVG lorsqu'ils correspondent aux critères.

À titre d'exemple, si le ou la chef-fe du service refuse de pratiquer une IVG au nom de la clause de conscience, il ou elle est toutefois tenu d'assurer l'organisation de l'opération, même s'il ne l'accomplit pas lui ou elle-même. Dans le cas contraire, la responsabilité de l'établissement est engagée. Le soutien du ou de la chef-fe de service est donc indispensable pour assurer la continuité des soins : les ARS soulignent en effet des inégalités entre les établissements dues en partie à l'engagement du ou de la chef-fe de service dans la pratique et l'organisation des IVG. Et le système de contrôle de ce dispositif reste flou.

Les ARS suivent pourtant l'activité des établissements de santé au vu des objectifs posés dans les CPOM. La campagne pluriannuelle d'inspections est notamment l'occasion de relever les dysfonctionnements et les bonnes pratiques. L'évaluation de ces résultats a pour but d'améliorer les pratiques à venir. Ces contrôles, malgré les manquements observés, n'ont visiblement jamais conduit à aucune sanction.

RECOMMANDATION N°32

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

D. Des acteurs nombreux et une coordination trop peu développée

1. Un grand nombre d'acteurs sans structure de coordination régionale

Au niveau régional, le foisonnement et l'éclatement des outils statistiques dus au grand nombre d'acteurs et d'actrices de l'IVG sur le terrain contribuent à rendre difficile un véritable suivi de l'activité d'IVG. Ce constat est rarement compensé par une organisation de la coordination des acteurs.

Les Commissions Régionales de la Naissance (CRN) assuraient auparavant ce rôle. Créées en 1999 et obligatoires jusqu'à la mise en place des ARS, ces commissions consultatives chargées de donner des avis dans les champs de la périnatalité existaient dans chaque région. L'IVG occupait une place au sein des sujets périnatalité.

Possibles mais non obligatoires, ces CRN sont aujourd'hui libres d'organiser leurs groupes de travail. Là où les CRN ont été maintenues, la coordination des acteurs est réelle.
Les inspections menées par les ARS font d'ailleurs remonter que plus d'un tiers des ARS ont exprimé leur volonté de mettre en place des CRN ou des structures du même type dans leur plan d'actions.

Le Haut Conseil recommande donc vivement la généralisation de ces structures.

RECOMMANDATION N°33

Développer des « Commissions régionales sexualités-contraception- IVG» dédiées et indépendantes. 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 »

Ces commissions régionales pourraient intégrer dans leur composition, ou associer ponctuellement, des chercheurs dans les domaines de l'IVG, de la contraception et des sexualités, ou des représentant-e-s universitaires.

2. Au niveau infrarégional, le besoin de coordination ville-hôpital

Aux côtés des ARS et des établissements de santé, le conseil général, les Centres de planifications et les médecins de ville viennent compléter la chaîne des acteurs institutionnels en matière d'IVG.

Le président du conseil général a pour mission d'organiser la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse au sein de son département(74) : il peut signer une convention avec les médecins pratiquant les IVG médicamenteuses en ville, les centres de planification ou les centres de santé.

Cependant, l'IGAS fait remonter dans l'un de ses rapports que ses responsabilités ne sont pas clairement explicitées dans les textes : « Le décret du 6 mai 2009 prévoit notamment la signature de conventions entre le président du conseil général et les médecins de ville dont l'objet reste mal défini et dont aucun exemple n'a pu être signalé à la mission. La circulaire DGS-DHOS du 6 octobre n'apporte pas d'éclaircissements à cet égard. L'ensemble suscite des interrogations légitimes au sein des conseils généraux, qui semblent se voir attribuer des missions concernant l'organisation de la médecine de ville dans ce domaine »(75).

Le CSIS préconisait déjà en 2011 un rapprochement des ARS et des conseils généraux en matière d'organisation de l'IVG médicamenteuse(76).

RECOMMANDATION N°28

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

Au niveau infrarégional, la coordination est également insuffisante aujourd'hui concernant les liens ville-hôpital.

Ce manque de coordination avait déjà été souligné par l'enquête menée par la DREES en 2007 entre les établissements de santé et les autres acteurs de l'IVG : *« Moins d'une structure pratiquant des IVG sur cinq indique travailler en partenariat avec les permanences téléphoniques.*
Lorsqu'il n'existe pas de partenariat avec cette permanence, les établissements travaillent parfois en relation, de manière formelle ou informelle, avec un centre de planification familiale ou une autre structure comme l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC), les réseaux locaux, les espaces jeunes, etc. : c'est le cas pour près d'une structure sur deux. Cependant, les deux tiers des établissements du secteur privé et le tiers des établissements du secteur public déclarent qu'ils ne travaillent en relation ni avec la permanence régionale, ni avec un centre de planification ou un autre organisme »(77).

Pourtant le développement de réseaux opérationnels garantie la bonne coordination des acteurs. Ainsi, le réseau REVHO en région Ile-de-France apporte une véritable plus-value dans l'offre de soins en mettant en relation les acteurs concernés par l'IVG médicamenteuse. Ces organismes permettent d'éviter les non prises en charge, offrent une plateforme d'informations qui pourrait facilement être visible sur le net, permettent de centraliser les données inhérentes à l'IVG au niveau régional etc.

RECOMMANDATION N°34

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 doté d'un financement public

(74) Article L. 2112-2 du code de la santé publique
(75) IGAS, Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan, 2011, p.24.
(76) CSIS, L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse, Janvier 2011, p.32
(77) DREES, études et résultats n°712, décembre 2009

Il est en conclusion urgent de revoir le système de l'offre de soins en matière d'IVG afin de résoudre les questions des indicateurs proposés par les ARS, des sanctions pour le non-respect de la loi et de la coordination des acteurs et actrices de l'IVG. Ceci permettra à terme de rendre l'offre de soins efficace, efficiente et de qualité.

Par ailleurs, la révision constitutionnelle de 2008 a significativement renforcé la fonction d'évaluation des politiques publiques du Parlement. Cela se concrétise notamment chaque mois par une semaine réservée par priorité au contrôle et à l'évaluation. Un débat ou une séance de questions pourrait être ainsi organisé afin de soulever les difficultés persistantes d'accès à l'IVG.

RECOMMANDATION N°31
Inviter le Parlement à inscrire l'accès à l'IVG dans son programme d'évaluation des politiques publiques

E. Financer des recherches sur l'IVG

Le constat est fait d'un réel déficit de moyens humains et financiers en matière de recherche sur l'IVG : il n'y a aujourd'hui en France aucun chercheur-e à temps plein sur le sujet. Les organismes de recherche (INSERM-INED-CNRS), ainsi que les laboratoires universitaires, devraient pouvoir effectuer des recherches financées sur l'IVG.

RECOMMANDATION N°30
Financer des recherches sur l'IVG, et notamment sur les sujets peu connus aujourd'hui

Il est nécessaire de faire de l'IVG un véritable sujet de recherche en développant la réalisation d'études sur des sujets peu connus aujourd'hui. Ils pourraient inclure :
- les femmes domiciliées en France allant avorter à l'étranger ;
- l'accès géographique ;
- le nombre des médecins qui pratiquent l'IVG, et qui la pratiquent dans le délai de 10 à 12 semaines de grossesse ;
- les IVG réalisées par des mineures sans autorisation parentale ;
- la répartition des actes entre les différents métiers des professionnel-le-s impliqué-e-s dans les procédures d'IVG (médecins, infirmières, sages-femmes, etc.) ;
- le recours à la clause de conscience ;
- les enjeux sur l'accès et l'exercice du droit à l'IVG de l'évolution de la démographie médicale ;
- les enjeux relatifs aux statuts des médecins ;
- la pratique en France des Interruptions Médicales de Grossesse ;
- les difficultés d'accès à l'IVG des femmes étrangères en grande précarité.

Les recherches en biologie et en médecine doivent également être encouragées, par exemple pour développer de nouvelles techniques d'interruption de grossesses.

5. Annexes

Rappel de la loi

Loi du 17 janvier 1975, dite loi Veil

- Autorise, pour une période probatoire de 5 ans, l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) avant la fin de la dixième semaine de grossesse

Loi du 31 décembre 1979, dite loi Pelletier

- Reconduit définitivement la loi Veil du 17 janvier 1975 et augmentant les peines pour les femmes et les médecins en cas d'IVG illégale

Loi du 27 janvier 1993

- Instaure le délit d'entrave aux opérations d'interruption de grossesse

Loi du 4 juillet 2001

- Délai d'accès à l'IVG allongé de 10 à 12 semaines de grossesse (article L2212-1 du Code de la santé publique) ;
- Accès facilité pour les mineures en permettant de pratiquer une IVG sans autorisation parentale (article L2212-7 du CSP) ;
- Possibilité pour les médecins de ville de réaliser des IVG médicamenteuses dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé public ou privé ;
- Intégration des centres autonomes réalisant les IVG aux services de gynécologie obstétrique des établissements de santé ;
- Interdiction de refuser de pratiquer des IVG pour les établissements publics de santé qui disposent de lits ou de places en gynécologie obstétrique ou en chirurgie (art L.2212-8 et R. 2212-4 du CSP) ;
- Obligation pour le chef de service de l'un ou l'autre de ces services d'organiser la prise en charge des IVG.

Loi du 9 août 2004

- Rappelle qu'il faut « assurer l'accès à une contraception adaptée, à une contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours » ;
- Autorisation des sages-femmes à prescrire une contraception hormonale après l'accouchement ou après une interruption volontaire de grossesse ;

- Inclut le champ de la contraception et de l'IVG dans les domaines de la santé publique pour lesquels sont fixés des objectifs quantifiés concernant les cinq prochaines années. Ainsi l'objectif n°97, inscrit dans le rapport annexé à la loi, dispose qu'il faut « assurer l'accès à une contraception adaptée, à une contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours. ».

Loi du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

- Autorise les centres de planification et les centres de santé à pratiquer des IVG médicamenteuses ;
- Organise la pratique d'IVG par voie médicamenteuse par les présidents des conseils généraux au sein de leur département par le biais de conventions.

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

- Rembourse à 100% le forfait IVG.

Les différentes sources statistiques concernant l'interruption volontaire de grossesse

Liste des éléments fournis par sources	BIG	SAE	PMSI	CNAM-TS	SROS
Département de l'acte médical	x				
Lieu de l'acte médical	x				
Statut de l'établissement	x				
Date de naissance de la femme	x				
Département ou lieu de naissance de la femme	x				
Département ou lieu du domicile	x				
Activité professionnelle de la femme	x				
Vie en couple (oui/non)	x				
Date de l'acte médical	x				
Durée d'aménorrhée	x				
IMG (oui/non)	x				
Technique employée	x				
Nombre de naissances antérieures	x				
Nombre d'IVG antérieures	x				
Année de l'IVG précédente	x				
Nombre d'IVG instrumentales correspondant à une hospitalisation inférieure à 12 heures au sein de l'Etablissement, pour l'année		x			
Nombre d'IVG instrumentales correspondant à une hospitalisation supérieure à 12 heures au sein de l'Etablissement, pour l'année		x			
Nombre de suppléments pour hospitalisations supérieures à 24 heures au sein de l'Etablissement, pour l'année		x			
Nombre d'IVG par mode médicamenteux au sein de l'Etablissement, pour l'année		x			
Nombre d'IVG avec recours à l'anesthésie au sein de l'Etablissement, pour l'année		x			
Nombre d'IVG pratiquées les onzième (13A) et douzième semaines de grossesse (14SA) avec recours à l'anesthésie, au sein de l'Etablissement, pour l'année		x			
Nombre de demandes d'IVG non prises en charge, au sein de l'Etablissement, pour l'année		x			
Nombre d'IVG réalisées par les médecins de ville conventionnés avec l'établissement, pour l'année		x			
Nombre d'Interruptions médicales de grossesse (ITG), au sein de l'Etablissement, pour l'année		x			
Permet la mesure des ressources et de l'activité de l'établissement			x		
Age de la femme lors de l'entrée en séjour			x		
Informations contenues sur la feuille de soins				x	
Part d'établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie					x
Part d'IVG médicamenteuses pratiquée en établissement de santé					x
Part d'IVG médicamenteuses pratiquée en dehors des établissements de santé					x

Bibliographie relative à la saisine IVG

1. Ouvrages

- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, *L'Interruption Volontaire de Grossesse,* La Documentation Française, 2011

2. Articles

- N. BAJOS, C. MOREAU, F. PRIOUX, « Increase of repeat abortion in France: From contraceptive issues to postponement of childbearing age », *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique,* 61(4):291-8, 2013.
- N. BAJOS, M. FERRAND, « Les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue Française des Affaires Sociales,* 1:43-60, 2011
- N. BAJOS, C. MOREAU, M. FERRAND, J. BOUYER, « Enquête COCON : filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative » *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique,* 51 :631-647, 2003
- R. JEGOUDEZ MOULLIER, « Prise en charge des IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée », Université René Descartes Paris V, 2009
- M. COLLET, « Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville », *Revue Française des Affaires Sociales,* 2011/1, n°1, pp. 86 à 115.
- RC HENSHAW, SA NAJI, IT RUSSELL, AA TEMPLETON, « Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration. Women's preferences and acceptability of treatment. » BMJ, 307(6906):714-7, 1993.
- C. SOULAT, M. GELLY, Complications immédiates de l'IVG chirurgicale », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction,* Centre de Contraception et d'IVG, Hôpital Louis-Mourier, Colombes, 2006
- N. BAJOS et M. FERRAND « De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue française des affaires sociales,* 2011/1 - n° 1, pp. 42 à 60
- D. BOURGAULT-COUDEVYLLE, « L'interruption volontaire de grossesse en 2011, réflexions sur un acte médical aux implications controversées », *Revue française des affaires sociales,* 2011/1 - n° 1, pp.22 à 41
- A. VILAIN, « Les femmes ayant recours à l'ivg : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge », *Revue française des affaires sociales,* 2011/1 - n° 1, pp. 116 à 147
- M. MOISY, « Les ivg chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante », *Revue française des affaires sociales,* 2011/1 - n° 1, pp. 162 à 198

3. Rapports

- K. GALAUP, *Parcours de santé et interruption volontaire de grossesse,* Agence Régional de Santé (ARS) d'Ile de France, Juillet 2012
- I. NISAND, L. TOULEMON, *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures,* Haut Conseil de la Population et de la Famille (HCPF), Décembre 2006
- Haut conseil de la santé publique (HAS), Objectifs de santé publique : *Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions,* avril 2010
- Rapport du groupe de travail n°2, *L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG),* Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS), janvier 2011
- A. VILAIN, *Les Interruptions volontaires de grossesse en 2010,* Etudes et résultats n°804, DRESS, Juin 2012
- A. VILAIN, *Les Interruptions volontaires de grossesse en 2011,* Etudes et résultats n°843, DRESS, Juin 2013
- A. VILAIN, *Les établissements et les professionnel-le-s réalisant des IVG,* Etudes et résultats n°712, DREES, Décembre 2009
- B. BOISGUERIN, C. MINODIER, *Le panorama des établissements de santé,* Collection études et statistiques, DREES, Novembre 2012
- C. AUBIN, Da. JOURDAIN MENNINGER, *La prise en charge de l'Interruption Volontaire de Grossesse,* Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Octobre 2009
- C. AUBIN, D. JOURDAIN MENNINGER, *Evaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse en Outre-mer,* Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Octobre 2009
- C. AUBIN, C. BRANCHU, J-L. VIEILLERIBIERE, *Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan,* Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Juin 2011
- E. JEANDET-MENGUAL, *Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception,* Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 2002
- F. BECK, J-B. RICHARD, *Les comportements de santé des jeunes, analyses du Baromètre santé 2010,* INPES, 2013
- Organisation mondiale de la santé (OMS), *Avortement médicalisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, 2004*
- *Rapport de la commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, janvier 2010* – 31 décembre 2011, Commission nationale d'évaluation, 2012
- A. UGIDOS, D. MESSAGER, *Précarités, prises de risque et accès aux soins,* Lettre d'information du CRIPS, janvier 2009

4. Guides

- Direction Générale de l'Offre de Soin (DGOS), *Guide méthodologique pour l'élaboration des SROS-PRS,* Version 2.1, Août 2011
- Agence Nationale d'Accréditation et de l'Evaluation de la Santé (ANAES), Service des recommandations et références professionnelles, *Prise en charge de l'Interruption Volontaire de Grossesse jusqu'à 14 semaines,* Mars 2001, Modifications en Décembre 2010
- Haute Autorité de Santé, *Recommandations de bonne pratique : Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse,* Décembre 2010
- Dossier-guides de l'IVG, et Dossier-guide de l'IVG médicamenteuse
- Direction Générale de l'Offre de Soin (DGOS), *Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM ARS / Etablissements de santé et titulaires d'autorisation*

5. Bulletin Officiel

- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, Instruction DGS/MC1/DGOS/R3 n°2010-377 du 21 octobre 2010 relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG). – Accès des personnes mineures à la contraception, BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2010/11 du 15 décembre 2010, p.191-194

Glossaire

AME :	Aide Médicale de l'État
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARS :	Agence Régionale de Santé
ATIH :	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BIG :	Bulletins d'Interruption de Grossesse
CCAM :	Classification Commune des Actes Médicaux
CCF :	Conseiller-ère Conjugal/e et Familial-e
CMU :	Couverture Médicale Universelle.
CPEF :	Centre de Planification ou d'Education Familiale
CPOM:	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSIS :	Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale
CSP :	Code de la Santé Publique
DCEM :	Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DES :	Diplôme d'Etudes de Spécialités
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DIU :	Diplômes Interuniversitaires
DPC :	Développement Professionnel Continu
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EICCF :	Etablissements d'Information, de Consultation et de Conseil Familial
HAS :	Haute Autorité de Santé
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
IMG :	Interruption Médicale de Grossesse
INED :	Institut National d'Études Démographiques
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
PACES :	Première Année Commune aux Etudes de Santé
PMSI-MCO :	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information – Médecine, Chirurgie, Obstétrique
PRAPS :	Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins
PRGDR :	Programme Régional de Gestion du Risque
PRIAC :	Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, programme télémédecine
PRS :	Projet Régional de Santé
PSRS :	Plan Stratégique Régional de Santé
REVHO :	Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie
SAE :	Statistique Annuelle des Etablissements de santé
SROMS :	Schéma Régional de l'Offre Médico-Sociale
SROS :	Schéma Régional de l'Organisation de Soins
SRP :	Schéma Régional de Prévention
UE :	Unités d'Enseignements

Texte des recommandations de la Haute autorité de santé pour la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines

Mars 2001 – Modifiées en décembre 2010

Ces recommandations concernent la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse, réalisée dans le cadre légal, dans un délai de 14 semaines d'aménorrhée.

Elles sont destinées à tous les professionnel-le-s de santé concernés par cette pratique.

Les recommandations proposées sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve : par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohortes ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

I. Structures de prise en charge des IVG

Les structures de prise en charge des IVG doivent être en nombre suffisant dans chaque département pour permettre l'accueil correct et dans des délais rapides de toutes les demandes. Les structures d'IVG fonctionnent chaque semaine, sans interruption, pendant toute l'année et s'organisent de façon à pouvoir prendre en compte les recommandations médicales, techniques, sociales et psychologiques exprimées ci-dessous.

Jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée (SA) (84 jours), les structures d'IVG sont, soit intégrées dans un établissement de soins ayant un service de gynécologie-obstétrique, soit en convention avec un établissement disposant d'un plateau technique permettant de prendre en charge l'ensemble des complications de l'IVG.

Les IVG au-delà de 12 SA doivent être prises en charge dans une structure disposant d'un plateau technique chirurgical. Ces structures doivent être désignées et connues de tous les centres d'accueil des IVG au sein de chaque département.

Il est indispensable que chaque centre d'accueil des IVG dispose au sein de l'établissement d'au moins un échographe avec sonde vaginale.

L'activité d'IVG entre dans le cadre d'un projet de service auquel adhèrent tous les membres du personnel qui participent à cette activité. Le personnel de ces structures doit bénéficier d'une formation spécifique à cette activité.

II. Accueil, organisation

Toute femme demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel. Plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible. La précocité de réalisation permet également un choix plus large de techniques utilisables. L'accès à l'IVG doit donc être simple et rapide.

Chaque structure de prise en charge des IVG doit disposer d'une ligne téléphonique dédiée à cette seule activité, connue et largement diffusée. En dehors des heures ou jours de présence du personnel, un message téléphonique clair et précis apporte les réponses les plus utiles sur le fonctionnement de l'unité et les principales démarches à effectuer.

Un accueil et un secrétariat opérationnels doivent permettre d'apporter les principales réponses aux demandes des femmes, l'orientation vers les consultations préalables, l'information sur les modalités de l'IVG. Cet accueil et ce secrétariat sont signalés avec précision à l'entrée, ainsi qu'à l'intérieur de l'établissement de soins.

Sauf cas exceptionnel, les IVG doivent être réalisées en ambulatoire ou en hôpital de jour (séjour inférieur à 12 heures).

III. Consultations pré-IVG

Lors de la première consultation, des informations claires et précises sont apportées à la femme sur la procédure (méthode médicamenteuse ou chirurgicale) et les choix offerts de recours à l'anesthésie locale ou générale, ainsi que sur le temps de réflexion. Outre cette information orale, les professionnel-le-s établissent et mettent à la disposition des femmes des documents d'information écrits.

À l'occasion ou préalablement à la consultation médicale, un entretien d'information, de soutien et d'écoute doit pouvoir être proposé systématiquement et réalisé pour les femmes qui souhaiteraient en bénéficier. L'entretien doit dans ce cas être confié à des professionnel-le-s qualifiés pour cet accompagnement et l'identification de difficultés psychosociales.

L'âge gestationnel de la grossesse est précisé par l'interrogatoire, l'examen clinique ; le recours à une échographie doit être possible sur place lors de la consultation. _ La consultation pré-IVG est l'occasion de proposer, selon le contexte clinique, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection par le VIH et des frottis cervico-vaginaux de dépistage.

Le mode de contraception ultérieure est abordé et éventuellement prescrit dès la visite précédant l'IVG. Il est utile de tenter de comprendre les raisons de l'échec de la contraception actuelle ou de son absence.

Une procédure d'urgence permet de raccourcir le délai de réflexion. Cette procédure s'applique aux femmes dont l'âge gestationnel est situé entre 12 et 14 SA.

Toutes les femmes doivent disposer d'un groupe sanguin Rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières. D'autres examens peuvent être prescrits si nécessaire lors d'une éventuelle consultation préanesthésique.

IV. Techniques d'IVG en fonction de l'âge gestationnel

Dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale.

La technique chirurgicale repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration dans des conditions strictes d'asepsie. La dilatation du col peut être précédée d'une préparation cervicale médicamenteuse.

Lorsqu'elle est recommandée, la technique de préparation cervicale repose sur :
- mifépristone 200 mg per os 36 à 48 heures avant aspiration (grade A) ;
- ou misoprostol 400 mg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant aspiration (grade A).

La préparation cervicale, quel que soit le produit utilisé, ne nécessite pas d'hospitalisation.

Le contrôle visuel du produit d'aspiration est indispensable.

En postopératoire, toute femme ayant bénéficié d'une sédation intraveineuse, d'une anesthésie générale ou périmédullaire doit séjourner en salle de surveillance postinterventionnelle.

La technique médicale repose sur l'association de l'antiprogestérone mifépristone et de prostaglandines.

Ajouts par l'HAS sur l'IVG médicamenteuse, décembre 2010

Jusqu'à 7 SA révolues (49 jours)

Les deux techniques, chirurgicale et médicale, sont utilisables selon les disponibilités et le choix de la femme.

La technique chirurgicale expose à un risque d'échec inférieur à la technique médicale ; cependant, ce risque d'échec est plus important à cet âge gestationnel que plus tardivement.

A 8e et 9e SA (de 50 à 63 jours)

Les deux techniques, chirurgicale ou médicale, sont utilisables selon les disponibilités et le choix de la femme.

Pour la technique chirurgicale, une préparation cervicale médicamenteuse est recommandée chez la nullipare. Elle repose sur :
a. mifépristone 200 mg per os 36 à 48 heures avant l'aspiration ;
b. ou misoprostol 400 g par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant l'aspiration.

De la 10e à la 12e SA (de 64 à 84 jours)

La technique chirurgicale est la technique de choix. Une préparation cervicale médicamenteuse est recommandée. Elle repose sur :
a. mifépristone 200 mg per os 36 à 48 heures avant l'aspiration ;
b. ou misoprostol 400 mg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant l'aspiration.

13e et 14e SA (de 85 à 98 jours)

La technique chirurgicale est la technique de choix (grade B).

L'évacuation utérine repose sur l'aspiration à l'aide d'une canule et, lorsque cela est nécessaire, sur l'utilisation de pinces spécifiques. Cette technique requiert une formation spécifique.

Une préparation cervicale médicamenteuse est recommandée. Elle repose sur :
a. mifépristone 200 mg per os 36 à 48 heures avant l'aspiration ;
b. ou misoprostol 400 mg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant l'aspiration.

L'utilisation éventuelle de l'anesthésie locale demande une très bonne maîtrise de la technique de dilatation et évacuation.

V. Prise en charge de la douleur – Analgésie et anesthésie

L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse est responsable de douleurs, modérées à sévères pour plus de 50 % des femmes, liées principalement à l'utilisation des prostaglandines. L'efficacité des traitements antalgiques proposés dans l'IVG a été peu évaluée.

Lors des avortements par aspiration, pour environ le tiers des femmes, la technique d'anesthésie locale par bloc paracervical ne prévient pas la survenue de douleurs considérées comme sévères lors de la pratique de l'aspiration endo-utérine (grade C). Toutefois, l'injection de lidocaïne intracervicale au niveau de la région isthmique (orifice interne du col) diminue significativement le score de la douleur par comparaison à la technique précédente (grade B).

Les benzodiazépines sont inefficaces sur la douleur des IVG par aspiration. L'efficacité du paracétamol n'est pas prouvée. En revanche, l'administration d'ibuprofène (AINS) diminue les scores de douleur per et postopératoire (grade A) ; seul l'ibuprofène a été étudié.

Les facteurs de risque de survenue d'une douleur intense sont le jeune âge, la peur de l'acte, l'existence d'un utérus rétroversé, les antécédents de dysménorrhée, les grossesses les plus précoces et les plus avancées (grade C). De telles situations justifient l'utilisation d'antalgiques efficaces en préopératoire en cas d'anesthésie locale ou la proposition d'une anesthésie générale.

La femme doit être informée sur les différentes modalités d'anesthésie possibles (anesthésie générale ou anesthésie locale) ; le choix du type d'anesthésie revient à la femme.

Le recours à l'anesthésie générale doit être possible. Si l'anesthésie générale est retenue, elle répond aux exigences du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994. Les données concernant l'augmentation des complications liées à l'anesthésie générale (perforations, hémorragies, mortalité) sont anciennes et précèdent l'utilisation du misoprostol et des mesures de surveillance per et postopératoires actuelles. Pour la réalisation de l'anesthésie générale, les halogénés à forte concentration augmentent le volume des pertes sanguines ; l'utilisation d'ocytocine le diminue (grade B).

VI. Prévention des complications infectieuses

Bien qu'il n'existe pas de démonstration d'un bénéfice à long terme, il est recommandé, en cas d'IVG chirurgicale, d'adopter une stratégie de prévention des complications infectieuses qui peut faire appel à :

- une antibiothérapie en cas d'antécédent connu d'infection génitale haute ;
- pour toute autre situation à risque de MST : large indication de prélèvement vaginal et/ou de recherche de Chlamydiae trachomatis par PCR sur les urines, suivi de traitement de la femme et du (des) partenaire(s) en cas de positivité ;
- en l'absence de facteur de risque : les données de la littérature ont montré l'efficacité de l'utilisation des antibiotiques pour réduire la fièvre post-IVG mais il n'y a pas de données sur les effets bénéfiques à long terme des antibiotiques.

VII. Prévention de l'incompatibilité Rhésus

La prévention de l'incompatibilité Rhésus doit être réalisée chez toutes les femmes Rhésus négatif par l'injection intraveineuse d'une dose standard de gamma-globulines anti-D.

En cas d'IVG médicamenteuse à domicile, la prévention doit être faite lors de la prise de mifépristone.

VIII. Suites immédiates de l'IVG

Avant la visite de contrôle

- Après une IVG, médicamenteuse ou chirurgicale, une contraception oestroprogestative peut être commencée dès le lendemain de l'IVG.
  La pose d'un dispositif intra-utérin est possible lors de l'examen de surveillance ou bien en fin d'aspiration en cas d'IVG chirurgicale.
- Une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG sera remise à la femme ainsi qu'un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence.

Visite de contrôle

- La visite de contrôle est prévue entre le 14e et le 21e jour post-IVG.
- Le contrôle de la vacuité utérine nécessite un examen clinique. Selon les données de cet examen, une échographie peut être réalisée.
- La compréhension de la contraception et de sa bonne utilisation, normalement prescrite au décours même de l'IVG, doit être vérifiée. La présence et la situation correcte d'un éventuel dispositif intra-utérin mis en place lors d'une IVG chirurgicale sont vérifiées.

Le cas échéant, le dispositif intra-utérin peut être mis en place.

- Il existe peu de données concernant le retentissement psychologique de l'IVG. Un accompagnement spécifique doit être proposé et disponible.

IX. Évaluation

Les IVG doivent être déclarées. Un recueil national des données concernant l'IVG est nécessaire pour permettre une surveillance épidémiologique et l'évaluation des pratiques. Les données de ce recueil doivent être rapidement accessibles aux professionnel-le-s.

X. Proposition d'actions futures

Des travaux sont nécessaires, notamment :
- permettant de comparer techniques médicale et chirurgicale ;
- afin d'améliorer la prise en charge de la douleur liée à l'IVG ;
- afin de déterminer l'utilité à long terme d'une antibioprophylaxie ou d'une antibiothérapie au cours de l'IVG ;
- afin de préciser le retentissement psychologique de l'IVG.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREMIER MINISTRE

Haut Conseil à l'Egalité
entre les Femmes et les Hommes

Madame Martine AOUSTIN
Directrice de l'ARS du Languedoc-Roussillon
26-28 parc club du millénaire
1025 rue Henri Becquerel
CS 30001 34067 MONTPELLIER Cedex 2

Paris, le 17 juillet 2013

Objet : requête dans le cadre d'une saisine de la Ministre des Droits des femmes relative à l'accès à l'IVG

Madame la Directrice,

Créé en janvier dernier par le Président de la République, le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes est une instance consultative indépendante ayant pour mission la concertation avec la société civile, l'animation du débat public, l'évaluation des politiques publiques et la formulation de recommandations à l'aune de l'égalité entre les femmes et les hommes.

La Ministre des Droits des femmes, Madame Najat Vallaud-Belkacem, a saisi officiellement le Haut Conseil d'un travail de fond sur l'accès à l'avortement, complémentaire des travaux d'évaluation que l'Etat engage sur ce sujet. La lettre de saisine demande à notre instance d'« *étudier les meilleures pratiques et outils permettant pour chacun des territoires d'évaluer l'accessibilité, tout au long de l'année, des services sanitaires permettant aux femmes de recourir à une interruption volontaire de grossesse, en ville et en établissement* », et le cas échéant, « *d'évaluer les modalités juridiques et organisationnelles, pour inscrire la prise en charge des demandes d'IVG à part entière dans la planification régionale de l'offre de soins et dans l'organisation de la politique publique de santé* ».

La Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » présidée par Françoise LAURANT a engagé un travail d'auditions et de réflexion autour de cette saisine depuis fin avril. Ce travail associe notamment des associations, des expert-e-s, ainsi que le Directeur général de la Santé M. GRALL, membre du Haut Conseil, représenté par la DGOS et la DGS.

Afin d'établir un diagnostic pertinent et actualisé, la commission s'attache à collecter des informations locales précises. Or, suite à l'inscription dans les priorités du Ministère de la Santé de l'inspection de l'ensemble des établissements de santé pratiquant des IVG, un plan pluriannuel d'inspection a été initié par la DGS et la DGOS entre 2006 et 2010. Ces

35, rue Saint-Dominique - 75007 PARIS - Tél. : 01 42 75 86 91 - Fax : 01 42 75 77 76
haut-conseil-egalite@pm.gouv.fr

inspections ont abouti, au niveau de chaque ARS, à des bilans d'inspections, établissement par établissement, et à un bilan régional, qui sont essentiels pour le travail de la commission.

C'est dans ce cadre que, conformément à l'Article 10 du décret n° 2013-8 du 3 janvier 2013 portant création du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, nous vous demandons :

1. de nous indiquer les modalités de réalisation de ces inspections par l'ARS que vous dirigez
2. de nous transmettre tous types de document formalisé suite à ces inspections : comme des documents d'analyse et de synthèse (ex : « synthèse régionale », « rapport », « notes », etc.), ainsi que les bilans que, vous pensez utiles au travail de notre commission, des inspections des établissements.
3. de nous transmettre les plans d'action qui auraient pu être engagés à l'issue de ces inspections, ainsi que, le cas échéant, les bilans qui en ont été faits a posteriori.

Etant donnés les délais contraints de notre travail, nous vous prions de nous faire parvenir votre réponse – et les documents associés - d'ici le 19 août 2013 par voie postale et/ou voie électronique (haut-conseil-egalite@pm.gouv.fr).

Assurées de votre collaboration, nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de nos remerciements anticipés et de notre considération distinguée.

Danielle Bousquet,

Présidente du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes

Françoise Laurant,

Président de la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs »

HCEfh

35, rue Saint-Dominique - 75007 PARIS

Pour plus d'informations :

Suivez-nous sur **twitter** : **@HCEfh**

Découvrez les ressources et les travaux du HCEfh sur **notre site internet** : **www.haut-conseil-egalite.gouv.fr**

Abonnez-vous à la lettre d'information sur le site :
http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/autres-rubriques/article/lettre-d-information et consultez les anciens numéros en ligne

Contactez-nous : haut-conseil-egalite@pm.gouv.fr

Maquette et impression : Pôle Conception graphique-Fabrication – DSAF – novembre 2013