

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Hédon*

Septième partie
Orthogénie



*38^{es} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2014*

L'accès à l'IVG dans les territoires

F. LAURANT
(Paris)

INTRODUCTION

Le 5 avril 2013, Madame Najat Vallaud-Belkacem, alors ministre des Droits des femmes, a saisi le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, conformément aux articles 2 et 3 du décret du 3 janvier 2013, portant création du HCEfh d'un travail de fond sur l'accès à l'avortement.

La saisine établissait les constats suivants :

- des difficultés pour l'accès aux services d'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 les sites délivrant une information biaisée.

Haut Conseil à l'égalité entre femmes et hommes - Commission santé -
35 rue Saint-Dominique - 75007 Paris

Correspondance : FLaurant@aol.com

Le rapport du HCEfh développe des recommandations sur la base de l'expertise de ses membres, et des membres associés aux travaux de la commission santé, droits sexuels et reproductifs, des auditions d'experts, ainsi que sur les bilans des inspections de l'ensemble des établissements de santé pratiquant des interruptions volontaires de grossesse (IVG), menées par les agences régionales de la santé (ARS) entre 2006 et 2010. Il s'est également appuyé sur de multiples études et rapports institutionnels publiés ces dernières années.

Après de multiples phases d'échanges entre l'ensemble des membres, des analyses et des recommandations partagées ont émergé.

L'IVG est un évènement assez courant de la vie sexuelle et reproductive des femmes : près de 35 % des femmes ont recours à une IVG dans leur vie.

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.

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.

Depuis déjà de nombreuses années, les acteurs et actrices de l'IVG, et les associations, ont établi 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, délais d'attente parfois très longs, distances à parcourir quelquefois très importantes, dégradation de la qualité d'accueil, absence de choix de la méthode, anonymat et gratuité non garantis.

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.

Pour lutter contre l'ensemble de ces obstacles, le HCEfh propose 34 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 de santé 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.

RECOMMANDATIONS

I. 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 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 mentionnés 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.

II. Information : développer un dispositif global d'information et de communication afin de faciliter l'entrée dans le parcours et l'orientation 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 1^{re} campagne d'information nationale « 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.

III. 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

III.1. 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 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.

Recommandation n° 12

Faire respecter l'article L.2212-1 du Code de la santé publique qui dispose que tous les établissements doivent pratiquer l'IVG 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.

III.2. 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 limitation imposée du temps de présence minimal.

III.3. 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 1^{er}, 2^e et 3^e cycles 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

Informier régulièrement les professionnel(le)s amenés 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.

III.4. 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.

III.5. 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'État et donner ainsi accès à l'IVG à toutes les femmes étrangères séjournant en France.

IV. Gouvernance : organiser un véritable suivi de l'activité, permettre la coordination des professionnel(le)s et engager des responsabilités en cas de dysfonctionnements

IV.1. Sur le 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 médicalement 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 ;
- éléments 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.

IV.2. Sur le 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 liant 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 représentants des pouvoirs publics locaux, de professionnel(le)s, et d'associations, ces commissions seront le lieu d'échange entre les acteurs, 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 dotés d'un financement public.