



Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale

Rapport du groupe de travail n°2 :
Organisation du système de soins en matière d'Interruption volontaire de grossesse (IVG) et grossesses non-prévues et contraception choisie

Lors de l'assemblée plénière du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS) réunie fin février 2009, Valérie Létard, secrétaire d'Etat à la solidarité, a initié, sur proposition de l'ACRN-AP, la constitution d'un groupe de travail afin de réfléchir à « l'organisation du système de soins en matière d'IVG et grossesses non-prévues et contraception choisie » en vue de répondre au mieux aux besoins des femmes.

Le groupe a choisi de décliner la réflexion en deux phases. Dans un premier temps, a été abordée « l'organisation du système de soins en matière d'IVG », objet du présent rapport. Les problématiques liées à la « contraception choisie » seront traitées dans un second temps.

Le groupe de travail s'est réuni à 10 reprises, entre juin 2009 et juin 2010. Il a auditionné différentes personnalités qualifiées¹ et a mené de riches échanges. Ce travail a permis aux membres du groupe de dégager des analyses communes et les propositions reprises dans le présent rapport. .

Il est à relever que le travail d'analyse du groupe s'est également largement inspiré du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) intitulé « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 »², rendu public en février dernier. Les deux rédactrices ont au demeurant été auditionnées.

Le cadre législatif s'est progressivement adapté à l'évolution de la société, depuis la loi du 31 juillet 1920 selon laquelle l'IVG était un crime et la contraception un délit.

Il a ainsi fallu attendre la loi du 17 janvier 1975 pour que l'IVG soit autorisée (avec certaines conditions), sous la pression des luttes de la société civile et des féministes, après un débat parlementaire intense. Cette loi a pu voir le jour grâce au principe d'émancipation des femmes (droit des femmes à disposer de leur corps) et dans un objectif de santé publique (dramas des avortements clandestins). Elle sera rendue définitive à compter de la loi du 31 décembre 1979, le remboursement de l'IVG par l'assurance maladie étant instauré par la loi du 31 décembre 1982.

¹ Cf liste en annexe

² Claire AUBIN, Danièle JOURDAIN MENNINGER, Laurent CHAMBAUD, « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 », Octobre 2009

Dans l'esprit de la loi de 1975, l'essentiel de l'activité d'IVG devait être prise en charge par l'hôpital public tout en prévoyant une clause de conscience pour les médecins.

Or, la majorité des chefs de service d'obstétrique ou de chirurgie ont refusé, alléguant cette clause, de prendre en charge cette activité pour eux-mêmes et leur service. Le ministère de la santé, sous la pression du mouvement social, a alors favorisé la création de structures très variables dans leur organisation. Ce refus a entraîné des situations atypiques telles que : délégation de cette activité à une association loi 1901 hébergée par l'hôpital, paiement à l'acte de praticiens extérieurs (situations exceptionnelles). De même, la responsabilité des structures mises en place à l'époque a dû parfois être assumée par des praticiens non spécialisés en gynécologie (anesthésistes, pédiatres), les obstétriciens étant peu disposés à organiser l'activité d'IVG.

La création en 1993³ d'un statut dérogatoire de praticien contractuel (pérennisant au-delà de deux ans les contrats prévus dans la plupart des autres activités médicales) afin d'augmenter et d'harmoniser la rémunération des médecins pratiquant les IVG, a constitué une première mesure d'organisation des soins.

En revanche, aucune mesure n'a été prise à ce jour pour la reconnaissance du statut des conseillers conjugaux et familiaux dans la fonction publique hospitalière malgré les demandes répétées des associations de professionnels et de formation au conseil conjugal et familial ainsi que des travaux du CSIS allant en ce sens.

S'il y a eu libéralisation puis assouplissement progressif des conditions d'accès à l'IVG, **aucune réelle organisation des soins n'a cependant été mise en place**. Par ailleurs, la politique de regroupement et de concentration relative au système hospitalier est venue remettre en cause une activité maintenue dans une situation d'exception dans l'offre de soins.

I. Un assouplissement progressif des conditions d'accès à l'IVG mais sans réelle organisation des soins

Le cadre législatif et réglementaire a été aménagé avec la loi du 4 juillet 2001, ses textes d'application et les mesures législatives qui lui ont fait suite. Les conditions ainsi que les modalités de réalisation de l'IVG ont notablement évolué depuis la loi du 4 juillet 2001, notamment avec le développement de l'IVG médicamenteuse en dehors de l'hôpital.

Pourtant, il est constaté une diminution de l'offre de soins et une concentration de l'activité dans certains établissements.

1) Un aménagement du cadre juridique

La loi du 4 juillet 2001 modifie la loi de 1975, qui a inscrit l'IVG dans le code de la santé publique, notamment :

³ Décret n°93-701 du 27 mars 1993 relatif aux praticiens contractuels des établissements publics de santé. Cf également le décret 95-651 du 9 mai 1995 et l'arrêté du 17 janvier 1995 relatif aux missions spécifiques nécessitant une technicité et une responsabilité particulières.

- Le délai d'accès à l'IVG est allongé de 10 à 12 semaines de grossesse notamment dans une perspective d'harmonisation des délais en Europe pour éviter les départs à l'étranger pénalisant les femmes (article L2212-1 du Code de la santé publique (CSP)) ;
- L'accès est facilité pour les mineures en permettant de pratiquer une IVG sans autorisation parentale (article L2212-7 du CSP) ;
- Le caractère obligatoire de l'entretien pré-IVG est supprimé pour les majeures (article L2212-4 du CSP) mais celui-ci doit être **systématiquement** proposé à toute femme ayant recours à une IVG ;
- Le délit d'entrave est renforcé (article L2223-1 et suivants du CSP), il est étendu aux pressions morales et psychologiques, aux menaces et actes d'intimidation, à l'entourage des femmes. Les peines sont alourdies.

Par ailleurs, la loi de 2001 supprime le délit de propagande et de publicité. Elle rend obligatoire une éducation à la sexualité en milieu scolaire à raison d'au moins trois séances annuelles par groupe d'âge homogène (article L 312-16 du code de l'éducation) y compris dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées (article 6121-6 du CSP).

Les quotas maximum d'IVG dans les établissements de santé privés sont supprimés.

La possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses est ouverte à la médecine de ville.

Les décrets d'application⁴ publiés en 2004 modifient un premier décret d'application publié en mai 2002.

La stérilisation volontaire à visée contraceptive est autorisée.

Enfin, les centres autonomes réalisant les IVG doivent être intégrés aux services de gynécologie-obstétrique des établissements de santé.

Or ces centres ont historiquement assuré l'essentiel des IVG en France et sont la traduction de la nécessité d'organiser cette activité quand le nombre d'IVG à réaliser est important, en particulier dans les grosses agglomérations.

Quant aux établissements publics de santé qui disposent de lits ou de places en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie, ils ne peuvent refuser de pratiquer des IVG (art L.2212-8 et R. 2212-4 du CSP). Le chef de service de l'un ou l'autre de ces services a obligation d'organiser la prise en charge des IVG.

La **loi du 9 août 2004** relative à la santé publique 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 »*.

Par ailleurs, cette même loi autorise les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale dans le cadre des suites de couches ou d'IVG.

L'article L.2212-2 du code de la santé publique stipule qu'une IVG ne peut être pratiquée que dans un établissement de santé ou par convention avec celui-ci par un médecin de ville (loi de 2001) ou dans un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) ou un centre de santé (loi de 2007).

En revanche, l'article L.2212-8 du CSP prévoit qu'un établissement de santé (ES) privé peut refuser que les IVG soient pratiquées dans ses locaux. Lorsqu'il participe au service public hospitalier, ce refus ne peut être opposé que dans l'hypothèse où d'autres ES peuvent les prendre en charge localement.

⁴ Décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004

En outre, l'article L.2212-8 du CSP reconnaît à tout médecin, quelle que soit la structure où il exerce, le droit d'invoquer une clause de conscience pour la pratique des IVG. Les sages-femmes, infirmier(e)s et auxiliaires médicaux se voient reconnaître ce même droit lorsqu'ils ne souhaitent pas concourir à la pratique des IVG.

La **loi du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) prévoit l'élargissement des compétences en matière de contraception et d'IVG à de nouveaux professionnels. Le pré-projet de loi envisageait une expérimentation régionale de la pratique des IVG médicamenteuses par des sages-femmes, disposition annulée par la décision du Conseil constitutionnel du 16 juillet 2009.

S'agissant de la situation spécifique de l'IVG médicamenteuse, il est rappelé que ce type d'IVG est autorisé à l'hôpital depuis 1988 et constitue, selon l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et la Haute autorité de santé (HAS), la méthode privilégiée jusqu'à 5 semaines de grossesse et reste possible à l'hôpital jusqu'à 7 semaines de grossesse. Elle est déconseillée au-delà.

Depuis l'entrée en vigueur des décrets d'application de mai 2002 et de juillet 2004, les IVG peuvent également être réalisées dans un cabinet médical de ville jusqu'à cinq semaines de grossesse.

Les médecins de ville ont la possibilité de signer des conventions, *depuis 2004*, avec des établissements de santé pour pratiquer dans leur cabinet des IVG médicamenteuses sous réserve de formation.

En 2008, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a autorisé la pratique des IVG médicamenteuses dans les centres de planification et d'éducation familiale ainsi que dans les centres de santé.

Les conditions de cette pratique et les modalités d'organisation sont définies par le décret du 6 mai 2009. Il prévoit notamment que les présidents des conseils généraux ont pour mission d'organiser la pratique d'IVG par voie médicamenteuse au sein de leur département par le biais de conventions différentes de celles prévues dans le cadre de l'article R 2212-14 du code de la santé publique (article L 2112-2 du CSP.)

La circulaire du 6 octobre 2009⁵ relative à la pratique d'IVG par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé complète ce dispositif.

Il s'agit ainsi de favoriser la complémentarité de l'offre de soins en matière d'IVG sur le territoire, particulièrement importante en période estivale.

Il est à noter que le groupe de travail déplore un manque d'organisation des soins concernant les IVG. Les différentes lois en matière de contraception et d'IVG ont eu pour but de libéraliser et d'aménager l'accès à l'IVG mais non d'organiser les soins, ce qui fait défaut aujourd'hui. La seule mesure relevant d'une stratégie d'organisation des soins dans ce domaine est l'obligation, instaurée par la loi de du 4 juillet 2001, d'organiser cette activité au sein du service de gynéco-obstétrique en supprimant les deux derniers alinéas de l'article L. 2212-8 du CSP prévoyant la possibilité pour le conseil d'administration de créer une unité dotée de moyens lorsque le chef de service refusait d'assumer la responsabilité de l'activité IVG. La suppression de ces deux alinéas instaure l'obligation d'organiser dans les services concernés l'activité relative aux IVG. Les responsables de ces services peuvent recourir à la clause de conscience s'ils ne veulent pas pratiquer personnellement les interruptions de grossesse. Toutefois, la pratique des IVG étant une mission de service public, le chef de service doit donc assumer l'organisation de cette activité au sein de son service dès lors que l'établissement lui en a confié la mission.

L'article R 2212-4 du CSP précise les services (GO ou chirurgie) appelés à assurer cette obligation.

⁵ Circulaire n° DGS/MC1/DHOS/O1/2009/304 du 6 octobre 2009

Or, dans la pratique, à la lumière des événements actuels, ce groupe considère que cette unique mesure a des effets néfastes en termes d'accès aux soins.

2) Les conditions et les modalités de réalisation de l'IVG ont notablement évolué depuis la loi du 4 juillet 2001

➤ Quelques chiffres : l'IVG en France aujourd'hui

On évoque souvent le paradoxe français : un taux de natalité parmi les plus forts d'Europe, un taux de diffusion de la contraception parmi les plus élevés du monde et un taux d'IVG qui reste stable à un niveau relativement important voire progresse légèrement en France.

Si le nombre de grossesses non prévues diminue, grâce à la diffusion de la contraception, la propension à les interrompre est plus marquée. Environ 4 grossesses imprévues sur 10 se terminaient par une IVG en 1975, la proportion est montée à 6 sur 10 en 2000, selon les chiffres de l'enquête COCON⁶.

Selon l'INED⁷, 40% des femmes vivant en France auront recours à une IVG au moins une fois au cours de leur vie.

Il est observé que le nombre d'IVG a légèrement augmenté depuis les années 2000, pour atteindre 213 380 en 2007 avec un taux d'IVG s'établissant à 14,7 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, (avec une augmentation sensible pour les moins de 20 ans) soit une hausse d'environ 1 point par rapport au début des années 2000.

➤ Le développement des IVG médicamenteuses

La moitié des IVG sont désormais médicamenteuses, et cette part a été en constante progression. Depuis que le recours à cette pratique est possible en ville, près d'une IVG médicamenteuse sur six est réalisée en cabinet libéral. Plus d'un établissement sur trois a établi des conventions avec des médecins libéraux pour effectuer les IVG en ville.

Le rapport d'information de la délégation aux droits des femmes⁸ de l'Assemblée nationale note que *« la pratique des IVG médicamenteuses est encore limitée dans le secteur libéral. Celui-ci n'assure que 16.5% des 90 000 IVG médicamenteuses réalisées en 2006. Ce chiffre n'augmente plus alors que la pratique de l'IVG médicamenteuse continue de progresser dans les établissements hospitaliers du secteur public »*.

De plus, la prise en charge des IVG médicamenteuses en ville est très inégalement répandue sur le territoire : les régions Île-de-France, Aquitaine, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur concentrent 80% des remboursements de forfait, pour 49% des IVG réalisées en établissement. La Réunion se distingue également, avec 60% des forfaits remboursés de l'ensemble des DOM, alors que la Martinique ne compte toujours aucune demande de remboursement. Désormais à la Réunion, près de la moitié des IVG médicamenteuses (43%) sont réalisées hors établissement.

⁶ Cf. N Bajos, H. Leridon, N.Job-Spira « la contraception en France dans les années 2000 » *Population*, 2004, 59 (3-4)

⁷ Estimation réalisée d'après les bulletins d'IVG 2002

⁸ Rapport d'information n°1206 de la délégation aux droits des femmes, de suivi de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, remis en octobre 2008 à l'Assemblée nationale par Mme Bérengère Poletti

Le principal frein tient au faible nombre de médecins ayant signé une convention avec un établissement hospitalier, condition requise par l'article L 2212-2 du CSP pour pratiquer l'IVG en ville. Ceux-ci sont en majorité des gynécologues et exercent surtout dans 3 régions : Ile de France (331 conventions soit 30% du total), Provence-Alpes-Côte d'Azur (120 conventions) et Haute Normandie (100 conventions). Mais tous les praticiens conventionnés n'effectuent pas des IVG (11% n'en déclarent aucune) et pour les trois quart d'entre eux la pratique moyenne est de 5 IVG par mois.

Par ailleurs l'accès à l'IVG médicamenteuse peut être rendu difficile du fait de l'obligation pour la femme de faire l'avance des frais, ce qui n'est pas le cas en hospitalier, en centres de santé et en centres de planification et d'éducation familiale.

Enfin la méthode médicamenteuse hors établissement de santé ne convient pas à toutes les femmes pour diverses raisons (crainte de la douleur, confidentialité etc...).

➤ Des IVG surtout réalisées dans des établissements publics de santé

90% de l'ensemble des IVG sont prises en charge dans un établissement de santé et les trois quarts des IVG pratiquées à l'hôpital sont prises en charge dans le secteur public.

Il faut également souligner que la procédure d'urgence et l'anonymat ne sont possibles qu'en établissement de santé. La mise en place d'un dispositif de soins d'urgence à l'hôpital permet à toute femme, même ne bénéficiant d'aucune protection sociale, d'avoir recours à une IVG.

La part du secteur public dans la prise en charge des IVG en établissement a été en continuelle augmentation : en 2007, 76% des IVG étaient réalisées dans un établissement public, contre 60% en 1990. Le délai médian de prise en charge à l'hôpital (8 jours et demi à partir de la prise de rendez-vous) est stable depuis 2002. Toutefois des goulots d'étranglement localisés dans quelques régions sont à souligner et d'autant plus selon certaines périodes de l'année.

La durée moyenne de gestation au moment de l'IVG est stable : les IVG « précoces », effectuées avant 6 semaines de grossesse, représentent près de la moitié des IVG réalisées, alors que les IVG « tardives », réalisées à partir de 10 semaines, représentent 8% des IVG⁹. Il est à noter que celles-ci ne sont pas prises en charge dans tous les établissements. Selon la DRESS, neuf établissements sur dix indiquent avoir la possibilité de prendre en charge des IVG « tardives » (entre 10 et 12 semaines de grossesse), des mineures sans consentement parental et des femmes sans couverture sociale.

Toutefois si l'on s'intéresse uniquement aux grossesses de plus de 10 semaines, les premiers résultats issus de l'enquête 2007 menée par la DREES auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG 2007 indiquent que la capacité de prise en charge des grossesses de plus de 10 semaines n'atteint pas 6 structures sur 10.

Les données de cette même enquête montrent par ailleurs un manque d'accompagnement psychologique et de coordination entre les structures pratiquant des IVG.

D'autre part certains problèmes relatifs à l'accès et au choix du mode et du lieu de prise en charge persistent.

Un rapport de l'IGAS concluait en 2002 que, malgré les progrès dans l'acceptation collective de l'IVG, d'une part des difficultés persistaient dans les délais, l'information et l'accueil des femmes, et,

⁹ « Les IVG en France en 2007: caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge », Annick Vilain, Marc Collet, Muriel Moisy (DREES) in « L'état de santé de la population en France » - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010

d'autre part, les personnels pratiquant des IVG se jugeaient insuffisamment valorisés¹⁰. En 2010, la nouvelle mission de l'IGAS confirmait ces constats.

Parmi les mesures instaurées par la loi du 4 juillet 2001, deux points ont été vivement discutés au moment de son élaboration :

- **La dérogation à l'autorisation parentale pour les mineurs.** Le groupe considère, à l'instar du rapport de l'IGAS, que celle-ci a constitué une avancée et a permis de mieux répondre à des situations difficiles. Pourtant, le groupe insiste sur les conditions opérationnelles d'application qui posent encore souvent problème (réticences, refus des anesthésistes d'endormir des mineures sans autorisation parentale, confidentialité, anonymat, gratuité).

- **L'allongement du délai de 10 à 12 semaines de grossesse.** Le nombre de femmes pratiquant une IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse était estimé à 5000 avant la loi de 2001; *ce chiffre était largement sous-estimé car, en 2005, environ 38000 femmes ont eu une IVG à plus de 10 semaines de grossesse*¹¹.

Un certain nombre de professionnels refusent de prendre en charge les IVG tardives, d'autres de pratiquer des techniques instrumentales pour ces IVG et effectuent donc des IVG médicamenteuses malgré les recommandations de la HAS. Ces refus de prise en charge ou l'utilisation d'une méthode non conforme aux recommandations peuvent poser problème pour ces femmes et constituer une réelle maltraitance (problème de vécu, douleurs, non respect du choix des femmes). Ceci participe au phénomène de concentration de la charge des IVG sur les mêmes établissements et équipes, ce qui reste à ce jour un problème majeur non résolu.

Le rapport IGAS de 2010 conclut à la fragilité du dispositif de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse :

- d'une part, les demandes d'IVG situées entre 10 et 12 semaines de grossesse ne sont pas effectuées par de nombreux centres. Il semble en outre que l'allongement des délais légaux puisse être utilisé par certains professionnels comme un prétexte pour faire valoir leur clause de conscience.

- d'autre part, on note des inégalités d'accès et de réalisation de l'IVG sur le territoire, notamment en milieu rural.

Il existe aussi de véritables goulots d'étranglement dans certaines zones géographiques en particulier dans les grandes villes où les délais d'attente pour les femmes restent trop élevés et d'autant plus selon certaines périodes de l'année.

➤ **Un programme national d'inspection des établissements de santé**

Un programme d'inspection pluriannuel des établissements de santé pratiquant des IVG, *initié par la DGS et la DGOS*, a été mené, entre 2006 et 2009, de manière complémentaire à l'enquête pilotée par la DREES. Il s'intéressait à l'organisation de la prise en charge des IVG par les établissements de santé et au plan régional. Celui-ci permet d'établir un état des lieux actuel des difficultés susceptibles d'être rencontrées pour la prise en charge des IVG.

Le programme avait pour objet :

¹⁰ 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.

¹¹ INED, *Population-F*, 64(3), 2009, p : 499

- au niveau local : de sensibiliser les équipes, de faire évoluer les organisations des établissements de santé et d'améliorer les prises en charge, d'impliquer les services déconcentrés pour un meilleur suivi de cette activité.

1 - au niveau national : d'établir une synthèse des difficultés repérées au plan local et d'envisager des axes d'amélioration. En tout, 270 établissements devaient être inspectés, soit 48% du nombre total d'établissements.

La circulaire du 6 octobre 2009¹² relative à la pratique des IVG par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé contient, en annexe, un état des lieux intermédiaire du programme d'inspection des établissements de santé pratiquant des IVG.

Les principaux éléments ressortant de cette inspection confirment les difficultés soulignées dans le rapport IGAS de 2010, et principalement les points suivants :

L'accès est globalement jugé insatisfaisant pour les IVG les plus tardives (10/12 semaines de grossesse), concentrées de fait pour certaines régions dans un nombre limité d'établissements de santé. Cette situation est particulièrement problématique en période estivale dès lors que l'activité repose, de surcroît, sur peu de praticiens. Par ailleurs, les médecins opposent souvent la clause de conscience pour les actes les plus tardifs.

Il y a de manière générale un déficit, en termes d'effectifs, de praticiens pratiquant les IVG, ce qui fragilise cette activité.

L'intégration de l'activité relative aux IVG à celle de l'établissement de santé est souvent réalisée mais ses conditions de mise en œuvre demeurent encore clairement liées, selon les services d'inspection, à la motivation des personnels des services concernés et notamment à celle du chef de service.

Par ailleurs, il ressort que l'augmentation de l'activité de gynécologie-obstétrique ces dernières années et son report sur les établissements publics de santé, ont un impact sur l'activité d'IVG en termes de disponibilité des chambres, de plages horaires du bloc opératoire obstétrical, du personnel, (praticiens et autres professionnels de santé).

A cet égard, le groupe de travail a mis en avant la « concurrence » qui peut exister entre les besoins chirurgicaux, certaines IVG pouvant être déprogrammées pour laisser la place à des interventions jugées plus importantes.

L'accessibilité est encore insuffisante dans de nombreux locaux, qui sont parfois inadaptés du point de vue de la capacité ou de leur configuration (pas de signalétique, pas de ligne téléphonique dédiée, pas de message d'information ou d'enregistrement, plages d'ouverture insuffisantes, déjà signalés dans le rapport INED-ANCIC en 1992).

Les conventions entre les établissements de santé et les centres de planification ou d'éducation familiale, prévues par l'article R. 2212-7 du code de la santé publique sont souvent absentes.

Un manque de formation spécifique des personnels à la prise en charge des IVG est souligné (signalé dans le rapport INED-ANCIC en 1992).

L'accueil des patientes doit encore être amélioré en termes de confidentialité, d'information délivrée aux femmes, d'évaluation de l'urgence de la prise en charge... C'est entre autres le rôle des conseillers conjugaux et familiaux (CCF) et des professionnels ayant suivi la formation d'éducation à la vie.

¹² circulaire N° DGS/MC1/DHOS/O1/2009/304 du 6 octobre 2009 relative à la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé

Les deux techniques d'interruption de grossesse ne sont pas toujours proposées au sein des services, même lorsque le terme de la grossesse permet ce choix. Il en est de même pour les techniques d'anesthésie.

Si des réticences persistent pour la prise en charge des mineures sans consentement parental (malgré un droit d'accès de ces mineures clairement affirmé par la législation), elles sont minoritaires.

Les consultations post-IVG sont dans l'ensemble peu suivies par les femmes, sachant qu'il peut arriver qu'elles ne soient pas proposées. L'enquête DREES précitée indique à ce sujet que la visite de contrôle est proposée pour une IVG chirurgicale dans 80% des cas et pour une IVG médicamenteuse dans 96% des situations. Globalement, seulement 50% des femmes se rendent à cette consultation.

3) Une concentration de l'activité dans certains établissements : une diminution de l'offre de soins

➤ Une réduction de l'offre de proximité

Si le nombre d'IVG réalisées dans les établissements de santé a relativement peu évolué depuis 2000, le nombre de structures les pratiquant est passé, selon le rapport de l'IGAS de 2010, de 729 en 2000 à 624 en 2007. Les petits établissements, publics ou privés, ont eu tendance à cesser ou réduire cette activité. L'activité d'IVG s'est concentrée dans quelques établissements les plus importants : en 2007, plus d'un quart des IVG est pratiqué par seulement 43 établissements hospitaliers qui en effectuent chacun plus de 1000 par an. Il s'agit de gros établissements, majoritairement publics, pratiquant plus de 1000 IVG par an. A contrario, plus de la moitié des établissements (342 sur 624) ont réalisé moins de 250 IVG dans l'année (36770 au total, soit un cinquième des IVG réalisées en établissement). Ces évolutions ont un impact notamment en région Ile-de-France où la part des cliniques dans la pratique des IVG était majoritaire.

Ce même rapport IGAS présente cette «concentration» comme porteuse d'améliorations : équipes davantage étoffées, organisation plus efficiente et présentant une meilleure garantie d'anonymat aux femmes qui peuvent le souhaiter.

Il est observé qu'à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris toutes les concentrations déjà effectuées ont entraîné une diminution de l'offre. La fermeture de structures de proximité peut également nuire à un accès et une prise en charge rapide des femmes concernées.

Le groupe de travail regrette cette concentration qui se traduit par une diminution de l'offre de soins en matière d'IVG et pose des problèmes en termes de proximité, de qualité d'accueil et de soins apportés aux patientes. A cet égard, le rapport de l'INED/ANCIC (1992) ainsi que le rapport Nisand (1999) pointaient déjà des dysfonctionnements relatifs à l'offre de soins, mis une nouvelle fois en exergue par le rapport IGAS de 2010 : statut précaire du personnel médical pratiquant des IVG, contingentement du nombre d'IVG par service, capacité d'accueil parfois limitée, attitude moralisatrice et culpabilisante de certains personnels, absence de choix réel de méthode.....

D'autant que la plupart du temps ces réorganisations hospitalières s'accompagnent d'une diminution des moyens alloués à l'IVG.

➤ **Une illustration du désengagement du secteur privé : la situation en Ile-de-France (IGAS 2010)**

Cette diminution du nombre d'établissements pratiquant des IVG traduit également un désengagement du secteur privé à but lucratif, lié en grande partie au fait que cette activité reste déficitaire pour les établissements. La baisse de l'activité d'IVG dans le secteur privé est concomitante à l'introduction de la tarification à l'activité (T2A).

Cette évolution est particulièrement manifeste en région parisienne où les cliniques privées étaient majoritaires dans la réalisation des IVG.

Cela explique en partie pourquoi la part des IVG prises en charge par le secteur public a augmenté. Le désengagement du secteur privé est général, même s'il est plus marqué dans certaines régions: en Île-de-France, la part d'IVG prises en charge par le secteur public est passée de 44% à 56% entre 2002 à 2007, et de 43% à 48% en Midi-Pyrénées pour la même période. Partant de ce constat, la ministre de la santé a annoncé, en mars 2010, une forte revalorisation financière du forfait pour répondre à ce problème. Il conviendra d'étudier ultérieurement son impact sur l'offre. Il est à noter que cette revalorisation n'a, à ce jour, pas été mise en place. Par ailleurs l'augmentation du forfait faisant peser sur les femmes un ticket modérateur de plus en plus important, un passage à la nomenclature avec exonération du ticket modérateur au-delà d'une certaine somme, à l'instar de la majorité des actes techniques, est indispensable.

Si la région Ile de France connaît l'un des plus forts taux d'IVG, le nombre d'établissements les pratiquant diminue. 60 000 IVG par an y sont réalisées, ce qui représente plus de 25% des IVG effectuées en France métropolitaine.

Cette diminution est, comme nous venons de le voir, principalement due aux restructurations du secteur privé à but lucratif. Jusqu'en 2003, le secteur privé assurait la majorité des IVG en Ile-de-France. Aujourd'hui, ces établissements de moins en moins intéressés et nombreux, n'effectuent plus que 39% des IVG recensées.

Le rapport de l'IGAS de 2010, juge que « *la situation de l'Ile-de-France reste en effet très difficile, et certains établissements hospitaliers, dont l'activité de maternité est importante, n'ont pratiquement aucune activité d'IVG, au prétexte de moyens insuffisants : l'IVG est bien en ce cas une des variables d'ajustement de l'activité de l'établissement. Les délais pour obtenir un rendez-vous restent importants.* »¹³

En outre, nombre d'établissements en Ile-de-France ne sont pas en mesure de répondre à la demande d'IVG de la totalité des femmes qui se présentent dans le délai légal. Ainsi, une enquête du groupe IVG de la Commission Régionale de la Naissance d'Ile de France relève qu'un tiers des femmes de la région se rendant en Hollande avaient formulé leur demande dans les délais légaux.

Si le désengagement du secteur privé est particulièrement marqué en Ile de France, les restructurations frappant l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP) sont également sources de multiples inquiétudes, alors que l'AP-HP soutient qu'elle réalise 22 % des IVG de la région.

Il apparaît que le contrat d'objectifs et de moyens intègre les engagements qualitatifs du schéma régional d'offres de soins (SROS), l'un des plus aboutis sur cette activité, ainsi qu'un engagement quantitatif incluant le développement de l'IVG médicamenteuse en ville.

L'AP-HP s'est en effet engagée à maintenir son niveau global d'activité (13 700 IVG en 2004 pour l'ensemble des établissements), dans Paris, les Hauts de Seine, en Seine Saint Denis et dans le Val de

¹³ Claire AUBIN Danièle JOURDAIN MENNINGER, Laurent CHAMBAUD, « La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse », Octobre 2009

Marne. Ceci suscite l'interrogation compte tenu des cessations d'activité d'IVG de certains services, déjà survenues ou à venir.

En effet, le nombre d'IVG pratiquées dans l'AP est de 11889 en 2009, en recul de 13,5 % par rapport à 2004. Elle ne réalise ses objectifs quantitatifs qu'en intégrant les IVG faites en ville par les praticiens sous convention avec elle, activité stagnante elle-même à environ 3500 depuis 2007 (chiffres antérieurs non connus). Il s'agit donc bien d'un désengagement.

Si l'on examine le SROS de la région Ile-de-France, il prévoit dans son annexe 2-21 concernant l'IVG des engagements qualitatifs et quantitatifs à intégrer dans la contractualisation avec les établissements de santé.

Les engagements quantitatifs ont pour but la prise en charge de l'IVG au même titre que toute autre activité médicale, avec des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS). Il a été très difficile d'obtenir que ces objectifs soient intégrés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

S'agissant des engagements qualitatifs, ils reposent sur six orientations :

1. organiser la permanence de l'activité pendant la période estivale sur tout le territoire,
2. développer la méthode médicamenteuse, tout en garantissant aux femmes le choix entre les différentes méthodes,
3. assurer un accueil adapté aux personnes nécessitant une attention et une prise en charge spécifiques : mineures, délais tardifs, personnes en situation de précarité...
4. prendre en compte la douleur, à l'aide de protocoles de prise en charge,
5. développer l'information sur la pratique de l'IVG médicamenteuse hors établissements de Santé,
6. améliorer le recueil d'information concernant les bulletins d'IVG.

Il est à regretter qu'il n'y ait rien sur la spécificité de cette activité et la nécessité d'une formation des personnels.

Par ailleurs, l'AP-HP s'est attachée à créer (quand elles n'existaient pas sous forme de centres autonomes), en accord avec l'ACRN-AP, des unités fonctionnelles intégrant du personnel hospitalier dédié.

Ainsi à l'AP-HP de Paris, 7 centres avec des moyens dédiés en locaux, matériel et personnel médical et non-médical réalisent 56% des IVG de l'institution, alors que les 11 structures intégrées se partagent les autres IVG. Il est à noter que dans deux d'entre elles, une UF spécifique a été créée. Il est constaté que toutes les structures hospitalières n'offrent pas l'éventail complet des techniques disponibles pour réaliser les IVG, à l'AP-HP seuls six centres sur dix-huit pratiquent toutes les techniques et tous les types d'anesthésies (centres de Bichat, Lariboisière, Saint-Louis, Saint Vincent de Paul, Bicêtre, A. Béclère).

A l'aune de ces éléments, le groupe de travail considère que la politique actuelle de regroupement des unités au sein de l'AP-HP qui frappe, entre autres, les hôpitaux Jean Rostand, Saint Antoine, Tenon, ainsi que la concentration de l'activité d'IVG dans certains hôpitaux, Trousseau notamment, constitue une diminution de l'offre de soins avec tout ce que cela engendre (constats soulignés plus haut).

Le groupe déplore cette mécanique de regroupement dans les hôpitaux et s'interroge sur la qualité de l'accueil dans ces grandes structures où aucune prise en charge spécifique des femmes ayant recours à une IVG n'est prévue. Qu'en est-il de la présence dans les équipes des conseillers conjugaux et familiaux (CCF) formés à cet effet ? Si la qualité de l'accueil et de la prise en charge dépend aussi

de l'organisation du service et de la formation des personnels pour répondre à la demande des patientes, ce groupe demeure convaincu que la taille de la structure concourt à cette qualité : une unité d'orthogénie (incluant planification familiale et IVG) devant pratiquer 3000 IVG par an ne saurait garantir la qualité d'accueil et de soins nécessaires. Les unités ne devraient pas prendre en charge plus de 1500 à 2000 IVG maximum.

Par ailleurs, la fermeture de structures et la diminution de l'offre de soins en matière d'IVG qui l'accompagne mettent en évidence le fait que l'on ne retrouve pas, dans les centres voisins, l'augmentation du nombre d'IVG entraînée normalement par la disparition d'un centre. On peut légitimement s'interroger sur ce que sont devenues ces demandes d'IVG et ces femmes.

Deux hypothèses peuvent être formulées :

- elles ont pu s'adresser à des structures privées pour y effectuer leur IVG statistiquement enregistrée ou non. En outre, certaines cliniques feraient disparaître des statistiques des IVG sous couvert d'évacuations utérines pour « fausse-couche dite spontanée ».
- d'autres femmes, les plus en difficultés, lorsqu'elles rencontrent des obstacles à leur demande, « acceptent » la poursuite d'une grossesse non désirée. Cette hypothèse étant particulièrement inquiétante.

➤ **Une restriction des modes de prise en charge : une possibilité de choix réel pour les femmes ?**

La diminution de l'offre de soins décrite ci-dessus se traduit aussi par une restriction dans les possibilités de choix des femmes. Le choix du mode de prise en charge – technique utilisée et type d'anesthésie – n'est, dans de telles conditions, pas garanti.

Il est relevé que la méthode médicamenteuse se développe rapidement et tend de plus en plus à se substituer aux autres méthodes, du fait notamment d'une image a priori plus attractive auprès des femmes, d'une tarification relativement plus avantageuse pour les établissements et de moindres contraintes quant à l'organisation hospitalière (elle ne nécessite pas de bloc opératoire). D'autant plus que les médecins en délèguent très largement la réalisation à d'autres catégories de personnels (sages-femmes voire infirmières..). Elle est en général associée à un parcours de soins plus rapide et peut être pratiquée en dehors d'un établissement de santé.

Dans certains départements et établissements (souvent de petits établissements, pratiquant en moyenne une centaine d'IVG par an), 80% des IVG sont réalisées par voie médicamenteuse. En outre, le développement de l'IVG en ville est souvent concentré dans les zones de forte demande se traduisant par des délais importants dans les services hospitaliers et où elle constitue un appoint significatif à l'offre de soins. On peut alors s'interroger sur la réalité du choix.

De plus, il faut souligner que l'IVG médicamenteuse n'est pas adaptée à tous les cas ni à toutes les femmes. Les recommandations de la HAS en matière d'IVG médicamenteuse préconisent un délai maximum de 5 semaines de grossesse en médecine libérale, 7 en pratique hospitalière. Pourtant, un certain nombre de services ont opté pour le tout médicamenteux (ce que dénonce le groupe de travail).

Par ailleurs, cette méthode nécessite la mise en place d'un accompagnement important notamment par les CCF, et plus particulièrement pour les mineures, afin de les aider à mesurer certains risques de traumatisme psychologique et les inciter à se rendre à la visite de contrôle¹⁴.

¹⁴ Ib 9, page 23

A ce sujet, le rapport IGAS souligne que « *l'utiliser comme une solution de facilité et en attendre des économies substantielles constituerait une approche aussi illusoire pour les gestionnaires que dangereuse pour les femmes* ».

En outre, il doit appartenir à la femme de pouvoir choisir la méthode à laquelle elle souhaite avoir recours. Trop souvent, ce sont les options organisationnelles effectuées dans les établissements, les installations techniques disponibles, ou encore la formation des équipes pratiquant les IVG, qui dictent ce choix. D'autant que des contraintes locales d'offre de soins limitent le choix de la technique d'IVG proposée à la femme.

Enfin, concernant l'aspiration sous anesthésie locale, elle n'est pas pratiquée dans toutes les structures, à défaut de formation des médecins et du personnel para-médical, et du manque de disponibilité du personnel. En effet, la pratique de l'aspiration sous anesthésie locale demande un personnel formé spécifiquement à cette technique, elle est plus consommatrice de temps médical que la pratique de l'IVG sous anesthésie générale. Il est à noter que l'anesthésie locale est réalisée essentiellement parmi les équipes ayant du personnel spécifique pour la prise en charge des IVG et non dans les services d'obstétrique où l'IVG est diluée dans l'activité générale.

De manière générale, le rapport de l'IGAS souligne qu'il est essentiel de préserver une offre de soins diversifiée garantissant aux femmes une possibilité de choix, auquel ce groupe de travail est très attaché.

II. Une activité à part dans le système de soins

Le rapport de l'IGAS note que l'IVG est une « *composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive. [Elle] devrait donc être prise en charge comme telle, et faire partie à part entière de l'offre de soins. Pourtant le processus de normalisation est loin d'être achevé concernant cette intervention qui n'est pas considérée, en tant qu'activité médicale, tout à fait comme les autres et continue d'occuper une place à part de multiples points de vue* ».

Force est de constater que l'IVG demeure une activité à part dans le système de santé, tant par son système de financement, que par le dispositif spécifique mis en place pour son suivi. Cette activité est jugée non attractive par beaucoup de professionnels.

La nouvelle organisation de l'offre de soins au niveau régional devrait permettre une organisation plus rationnelle et plus proche des besoins locaux.

1) Un système de financement et de suivi spécifique

➤ Une activité sous-tarifée

Les modalités de fixation de la tarification de l'IVG relèvent d'un arrêté du Ministre de la santé (article L 162-38 du CSS) bien que depuis le 1er janvier 2003, les dépenses afférentes à l'IVG ne figurent plus dans le budget de l'Etat, mais dans celui de l'assurance maladie.

L'activité d'IVG n'a donc jamais été intégrée au système de tarification à l'activité (TAA) ni à la nomenclature (CCAM).

Ce choix a été officiellement opéré par les pouvoirs publics afin d'éviter la possibilité de dépassement d'honoraires et homogénéiser les tarifs pratiqués sur le territoire donc apparemment avec pour objectif une égalité financière d'accès à l'IVG sur le territoire national. Ce mode tarifaire a permis un « décrochage » de la rémunération de cet acte par rapport aux autres actes chirurgicaux.

L'IVG est remboursée par l'assurance maladie, à 80 % si elle est pratiquée en établissement et à 70 % pour une IVG médicamenteuse effectuée en médecine de ville.

Selon l'arrêté du 4 août 2009, le prix limite du forfait pour une hospitalisation de moins de 12 heures relative à une IVG chirurgicale avec anesthésie générale est de 383,32 euros dans les établissements publics et privés. Dans ces mêmes établissements, le forfait pour une IVG médicamenteuse est de 257,91 euros; il est fixé à 191,74 euros en ville.

La gratuité des frais relatifs à l'IVG lorsque la mineure déroge à l'autorité parentale n'est pas assurée dans tous les établissements. Cette gratuité concerne tous les types d'IVG : chirurgicale ou médicamenteuse.

De fait, ce groupe de travail déplore le maintien de l'IVG dans une situation d'exception. Acte payé au forfait, non inscrit dans la nomenclature (CCAM), l'IVG reste sous-coté malgré des revalorisations récentes. Le tarif de l'IVG a ainsi été augmenté de 20% en 2008 et une nouvelle hausse est intervenue en 2009 (arrêté du 4 août 2009). Si la Ministre chargée de la santé a annoncé, à l'occasion de la journée internationale de la femme du 8 mars 2010, une augmentation de près de 50% des montants des forfaits IVG (promesse non tenue à ce jour), l'IVG est rétribuée actuellement à hauteur de 50% de ce que coûte l'aspiration d'une grossesse arrêtée, acte médicalement équivalent. Par ailleurs, si cet acte reste rémunéré au forfait, son augmentation aura pour conséquence que le ticket modérateur deviendra exorbitant pour les femmes n'ayant pas de couverture complémentaire. L'IVG demeure une activité déficitaire pour les établissements hospitaliers. Dans le contexte actuel de réduction budgétaire, cela ne favorise pas son développement à hauteur des besoins.

Pour ce qui concerne le cas de l'IVG médicamenteuse en ville, chez le médecin libéral, la femme doit faire l'avance des frais (hormis les situations de CMU et AME), ce qui n'est parfois pas possible .

➤ **Un dispositif de suivi spécifique**

La loi de 1975 a institué un système de déclaration obligatoire par le biais de bulletins statistiques que chaque médecin pratiquant une IVG doit remplir. Ces bulletins fournissent une information non seulement sur le nombre d'actes pratiqués mais aussi sur les caractéristiques de la patiente, sur le lieu et la date de l'intervention, et les techniques médicales employées.

La pesanteur administrative de ce système, notamment pour les médecins libéraux, participe à une sous-déclaration des IVG. De plus, la lourdeur du dispositif de recueil et d'exploitation se traduit par des délais importants de mise à disposition des résultats. Certains bulletins remplis se perdent en cours de circuit et ne font pas l'objet d'une transmission. Certaines IVG sont transformées en aspiration de grossesse arrêtée et donc ne donne pas lieu à l'envoi d'un bulletin.

On estime qu'entre 1995 et 1998, 4% des IVG du secteur public et 33% des IVG du secteur privé n'ont pas donné lieu au remplissage d'un bulletin. Pour ces dernières années, il apparaît que les bulletins recueillis couvrent 79 % des interruptions en 1997, 67 % en 2002, et 81 % en 2005. De fait, les IVG étant de plus en plus prises en charge par l'hôpital public, le pourcentage de bulletins remplis devrait être de plus en plus élevé. Il semble que les bulletins restent représentatifs des caractéristiques sociodémographiques des femmes qui ont eu recours à un avortement, permettant de fournir des

informations complémentaires concernant la durée de gestation, les grossesses antérieures, la situation familiale et professionnelle des femmes.

Comme les pratiques médicales diffèrent selon le secteur hospitalier, et que les bulletins sont particulièrement peu remplis dans le secteur privé, les risques de biais sont plus faibles si les données médicales des bulletins sont redressées lors des calculs, tous secteurs hospitaliers confondus. Globalement le nombre de bulletins, remplis par les médecins et envoyés aux DRASS, est stable chaque année, entre 160 000 et 180 000.

Cependant, des informations permettant de mieux analyser les répétitions et les caractéristiques des femmes ayant recours à une IVG, manquent à ces bulletins, et notamment des informations sociologiques (niveau d'étude, vie de couple, état matrimonial légal, Pacs, etc), l'année de la grossesse précédente (analyse des IVG répétées), le nombre d'avortements spontanés et de mort-nés (ou nombre total de grossesses).

Il manque aussi 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.

Deux autres sources d'information régulières se sont ajoutées au cours des années 1990, qui fournissent également des données sur l'IVG : la statistique annuelle d'établissement (SAE) et le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Il faut souligner que des écarts importants existent entre ces différentes sources qui sont combinées en vue d'une meilleure exploitation statistique.

Les chiffres issus de la SAE sont les plus réguliers en tendance et globalement les plus fiables, sauf pour les IVG en ville. Ils présentent toutefois l'inconvénient de ne fournir que des informations en nombre limité et agrégées par établissement.

Les données du PMSI ne sont pas non plus directement utilisables à ce jour pour le dénombrement précis des seules IVG. En effet, elles comprennent également les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical, sans les distinguer des autres. Le groupe souhaite que la distinction soit faite, ce qui est facile en modifiant le codage. En revanche, elles permettent de connaître l'âge précis de la patiente lors de l'entrée en séjour. Les données de la CNAMTS (notamment les remboursements de forfaits et les ventes des médicaments abortifs) sont quant à elles utilisées pour estimer le nombre d'IVG réalisées en médecine de ville, depuis 2006. A noter que l'exploitation statistique de ces dernières présente un risque particulier de sous-évaluation car certaines femmes, couvertes par la sécurité sociale de leurs parents ou conjoints, ne demandent pas de remboursement. De plus, un ou trois comprimés (trois par boîte) de mifépristone peuvent être employés pour une IVG médicamenteuse.

Ce défaut d'exhaustivité dans les éléments collectés, particulièrement dans les cliniques privées, est à souligner : on enregistre une différence de 4 % entre les données SAE et celles provenant des bulletins dans le secteur public et de près de 30% avec celles du secteur privé.

Au-delà de ces statistiques annuelles, des enquêtes périodiques sont menées par la DREES afin de mieux connaître les caractéristiques et les parcours des femmes ayant eu recours à une IVG, ainsi que les modalités de leur prise en charge.

La première d'entre elles, réalisée en 2007 dans les établissements réalisant des IVG, a porté sur un échantillon de 13 443 IVG, dont 9 905 pour lesquelles sont disponibles à la fois des données médicales et celles relatives aux patientes. Ses résultats sont en cours d'exploitation mais nous disposons d'ores et déjà de quelques données. A cet égard, le groupe s'étonne du temps nécessaire pour avoir connaissance de la totalité des résultats.

De plus, il manque encore actuellement de données quantitatives et qualitatives concernant les mineures procédant à une IVG sous le secret (70 % environ des 100 mineures demandant une IVG au CIVG de Bicêtre le font à l'insu de leurs parents), les IVG répétées, le « vécu » de l'IVG par les femmes, notamment en fonction de la méthode utilisée, le déroulement de l'IVG en ville.

Par ailleurs, les comparaisons internationales sont très difficiles et peu pertinentes en raison de différences de modalités de recueil statistique.

Le rapport IGAS note que *« les lacunes existant dans le système d'information mais plus encore la faible diffusion et la faible appropriation des résultats dans le public font que l'IVG demeure un domaine où les données objectives s'effacent souvent devant les impressions, lesquelles reflètent souvent les positionnements voire des a priori. Ainsi certains font-ils état d'une augmentation des avortements de « confort », alors que selon d'autres « les femmes ont de plus en plus de mal à obtenir des IVG dans le système hospitalier ».*

De même, ce rapport souligne que *« cette situation reflète, au-delà de l'imperfection des statistiques qui n'est pas propre à l'IVG, la spécificité d'un sujet qui reste « pas tout à fait comme les autres » : peu de questions de santé publique mettent autant en jeu des points de vue personnels éthiques, religieux, philosophiques, moraux et politiques. D'où l'importance, dans ce domaine plus encore qu'ailleurs, de disposer de données fiables et objectives permettant de fonder sur des bases indiscutables une politique de santé. »*

Il est clair que l'organisation des soins dépend essentiellement du nombre d'IVG à pratiquer. Cette sous-évaluation « chronique » du nombre d'IVG pose des problèmes en termes de planification des moyens pour une activité dont on apprécie mal l'ampleur réelle.

➤ **Une activité non attractive pour les professionnels**

Peu valorisée et peu valorisante, en plus d'être mal rémunérée, et demandant des capacités particulières d'accueil, d'écoute, d'orientation et d'accompagnement des patientes, **l'acte d'IVG n'apparaît pas comme attractif pour les professionnels de santé.**

Outre la nécessité d'une revalorisation financière de l'IVG, l'accent devrait être mis sur l'intérêt de cette activité lorsqu'elle prend place dans un cadre plus large de travail de prévention et de santé publique, pratiquée en équipe pluridisciplinaire (contraception, accompagnement psycho-social...).

Il est observé également que le rapport sur la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en France réalisé par l'ANCIC et l'INED en 1992 évoquait, déjà, ce que le rapport IGAS confirme : les IVG en établissement sont souvent prises en charge par un personnel médical marginalisé.

Selon les premiers résultats de l'enquête DREES de 2007, la moitié des interventions dans le secteur hospitalier public sont pratiquées par des médecins attachés, internes, assistants des hôpitaux ou praticiens contractuels.

L'orthogénie n'apparaît pas comme une spécialisation attractive (peu de possibilité d'évolution de carrière, mauvaise image et considération auprès des pairs, rémunération médiocre...).

37% du personnel participant à la prise en charge des IVG sont des gynécologues-obstétriciens, 31% des anesthésistes et 6% des médecins généralistes. La répartition est différente si l'on s'intéresse aux structures pratiquant un grand nombre annuel d'IVG (les « centres d'IVG »). On y retrouve beaucoup de généralistes et de gynécologues médicaux. Il est précisé que si les gynéco-obstétriciens sont nombreux à faire des IVG, ils en font peu chacun.

S'agissant des sages-femmes, elles représentent 22% des personnels intervenant pour la pratique des IVG (sous délégation du médecin).

De fait, un **manque de formation** à l'IVG est à déplorer. En effet, les études médicales réservent une place très limitée, voire absente, à la question de l'IVG, « *laquelle est essentiellement abordée sous l'angle de la pathologie et des complications, que la majorité des praticiens rencontreront très rarement, alors qu'ils n'auront pas été préparés à l'accueil, l'écoute et la prise en charge des femmes demandeuses d'IVG, à l'explication des différentes méthodes, et que très peu d'entre eux auront eu l'occasion de se former à la pratique des actes eux-mêmes* »¹⁵. Il est particulièrement important que soit envisagé, lors d'un enseignement approfondi sur l'IVG, la procédure d'orientation vers une structure de prise en charge pour perdre le moins de temps possible, si le médecin ne la pratique pas lui-même.

De même, il semble essentiel que les professionnels soient sensibilisés à la signification que la grossesse revêt parfois pour certaines mineures «*...recherche d'identité et d'un statut économique et social qui leur sont par ailleurs refusés* »¹⁶.

Par ailleurs, il est constaté que les formations continues sur le sujet sont rares. Peu d'enseignements post - universitaires (EPU) sont proposés sur ce thème en formation en direction de la médecine libérale. La question se pose de savoir si le manque d'offre de formation entraîne le déficit de demande en la matière.

Le principe est que la formation doit concerner tous les professionnels de santé amenés à s'occuper de femmes demandant à interrompre leur grossesse.

Quant à la mise en place des IVG dans les cabinets médicaux, elle reste difficile. Mal vue, chronophage du fait des bulletins à remplir et à transmettre, nécessitant, comme il a été dit précédemment, des qualités d'écoute et d'accueil, pour une rentabilité très médiocre, l'IVG requiert une formation spécifique à sa pratique. De surcroît, dans les zones rurales, les médecins souhaitant s'investir dans cette pratique, se sentent souvent isolés, stigmatisés comme « avorteurs » et peinent à trouver une offre de formation adaptée.

En outre, l'enquête menée par l'INSERM et l'INED portant sur « Les Conditions d'accès aux soins pour une Interruption Volontaire de Grossesse en France » met en évidence le fait que les pratiques des professionnels renvoient au niveau d'information de ces derniers mais aussi à leurs représentations de la légitimité de la demande des femmes. De plus, cette étude enseigne que le délai entre la décision de la femme et le moment de l'IVG dépend beaucoup du premier interlocuteur.

Cela conduit à poser la question de l'information et de la formation des professionnels de santé sur le cheminement de la femme en demande. Les généralistes semblent moins bien informés des procédures de recours à l'IVG. Une meilleure visibilité de l'offre du système de soins et une meilleure formation des praticiens sont donc essentiels.

➤ **La clause de conscience**

Enfin, la loi reconnaît à tout médecin, et plus largement à tout soignant, le droit de refuser de procéder ou de participer à une IVG (article 2212-8 du CSP). Le fait qu'une clause de conscience

¹⁵ Rapport IGAS « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 », C. Aubin et D. Jourdain-Ménninger Octobre 2009, p. 21.

¹⁶ Idem

puisse être invoquée, alors que cette possibilité n'est pas prévue pour d'autres actes médicaux, participe à la mise à l'écart de l'IVG, non considérée comme une activité médicale comme les autres.

Cependant, le chef de service ou de département ne peut s'opposer, dans un établissement public hospitalier, à ce que des IVG soient effectuées dans son service. Il est tenu d'assurer l'organisation de cette activité, même s'il conserve, en application des dispositions précitées, le droit de ne pas la pratiquer lui-même. Cette obligation n'est pas respectée par certains chefs de service actuellement (Tenon à Paris par exemple sans l'évocation de la clause de conscience).

Il apparaîtrait néanmoins opportun, dans les critères de sélection des chefs de service de gynécologie-obstétrique, de s'assurer de la non-hostilité à l'IVG. Toutefois, la clause de conscience étant légale, un candidat non retenu pour cette raison pourrait attaquer la décision prise en sa défaveur.

2) L'IVG : une situation d'exception dans l'offre de soins ? Une variable d'ajustement du système hospitalier ?

L'IVG représente, selon les termes du rapport de l'IGAS, une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive. Elle ne peut pas être considérée comme une activité résiduelle.

Le groupe considère ainsi que l'objectif des politiques publiques ne doit pas être de diminuer le nombre d'IVG mais **de diminuer le nombre de grossesses non désirées.**

La prise en charge des IVG, correspondant à une obligation de service public, doit donc être organisée comme un élément à part entière de l'offre de soins.

« De ce point de vue, les évolutions législatives et réglementaires intervenues au cours des dix dernières années ont permis de réaliser de réels progrès mais ceux-ci demeurent incomplets et menacés : la place de l'IVG dans le système de soins n'est pas encore normalisée et son assise en tant qu'activité médicale demeure fragile. »¹⁷

La loi de 2001 et les textes qui ont suivi se sont efforcés d'intégrer les IVG dans le droit commun, en les rattachant obligatoirement au service d'obstétrique, alors même que des unités fonctionnelles (UF) indépendantes, en phase avec la loi hospitalière, existaient pour cette activité.

A l'heure actuelle, différents types de structures publiques coexistent :

- des unités fonctionnant dans le cadre d'un service hospitalier ou d'un pôle avec affectation de locaux et de personnels,
- des activités d'IVG pratiquées par un service de l'établissement, en général le service de gynécologie-obstétrique, sans affectation spécifique de personnels et de locaux.

D'après l'enquête sur les recours à l'IVG de la DREES, 80% de l'activité d'IVG est intégrée à un service de gynécologie-obstétrique en 2007. Moins de 2% des services du secteur privé réalisant des IVG et 13% de ceux du secteur public sont uniquement dédiés à l'IVG. Les anciens « centres autonomes » sont souvent rattachés administrativement aux services d'obstétrique (la plupart du temps sous forme d'UF) tout en conservant une autonomie de fonctionnement.

Certains professionnels sont attachés à l'autonomie, qu'ils jugent plus protectrice, craignant que l'orthogénie, noyée dans les autres activités hospitalières, ne perde sa spécificité, et fasse les frais des redéploiements de moyens ainsi que des restrictions budgétaires. Cette option n'exclut pas, évidemment, la collaboration nécessaire avec le service d'obstétrique. D'autres jugent préférable d'être ancrés à une structure plus large, généralement pôle mère-enfant ou gynécologie-obstétrique,

¹⁷ Rapport IGAS 2010, op. cit.

à condition d'être identifiés sous forme d'une unité fonctionnelle dotée de personnels et crédits dédiés avec une unité de lieu.

Le groupe manifeste des inquiétudes quant au fait que l'IVG devienne la variable d'ajustement du système hospitalier notamment en raison de sa faible valorisation financière, source de fragilisation. Il s'agit pourtant, d'une activité médicale à part entière, nécessitant une organisation spécifique, avec un personnel et des moyens dédiés.

En définitive, comme le note le rapport de l'IGAS, « *l'IVG apparaît comme une activité très dépendante des équations personnelles et locales, ce qui rend son assise fragile voire menacée* ».

Parmi les messages forts à prendre en compte, notamment dans le contexte de création des agences régionales de santé (ARS), il faut rappeler que l'IVG est une activité de soins au même titre qu'une autre, à réintégrer dans un contexte de prévention. Son organisation devra être systématiquement prévue dans le cadre de la contractualisation avec les ARS.

III. Les nouveaux enjeux

1) L'IVG dans le cadre de la nouvelle organisation régionale de la santé

Le **Projet Régional de Santé (PRS) et le SROS constituent les outils centraux de la régulation de l'offre de soins au niveau régional** et par conséquent, un levier essentiel pour orienter les actions de santé publique en la matière et inciter les établissements hospitaliers à organiser cette activité dans de bonnes conditions.

Le SROS a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Il constitue, pour les établissements de santé publics et privés, la référence afin de délivrer les autorisations, approuver les projets d'établissement, conduire le processus de contractualisation et orienter l'allocation de ressources.¹⁸

En droit, le SROS comporte trois objectifs :

- ⌚ il fixe les objectifs prioritaires de la région dont la réalisation sera poursuivie, notamment avec la mise en œuvre des contrats d'objectifs et de moyens (article R. 712-9 du CSP) ;
- ⌚ il détermine la répartition géographique des installations et activités de soins qui permettront d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population (article L. 712-3 du CSP) ;
- ⌚ il détermine les transformations de l'offre qui seront nécessaires à sa réalisation (article L. 712-3-1 du CSP)

La prise en compte de l'IVG dans les différents SROS est inégale selon les territoires. S'il est constaté que le SROS de la région Ile-de-France était particulièrement abouti en la matière, l'IVG peut être absente d'autres SROS. Elle peut aussi être inscrite sous différentes rubriques, le plus souvent sur le volet périnatalité. A ce jour, 21 SROS, incluent l'IVG, mais de manière très hétérogène.

¹⁸ Cf la circulaire ministérielle du 26 mars 1998.

Les objectifs généraux des SROS en la matière peuvent être l'amélioration de l'accessibilité à l'IVG (au niveau territorial, aux IVG tardives, en période estivale), de la qualité de la prise en charge (protocole, diversification des pratiques), le développement de l'IVG médicamenteuse en médecine de ville; ainsi que de la prévention des grossesses non désirées (incluant contraception, éducation à la sexualité..).

Les objectifs opérationnels des SROS peuvent intégrer l'inscription de l'IVG dans la gradation des soins et la collaboration des établissements de santé sur les territoires de santé : identification des établissements pratiquant des IVG avec garantie de l'accès aux entretiens sociaux et psychologiques, amélioration de la collaboration des acteurs via des répertoires de ressources, appui du réseau de périnatalité notamment pour l'IVG médicamenteuse en médecine de ville, intégration de la prise en charge des IVG dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens...

Par ailleurs, il est relevé que rares sont les documents déclinant réellement l'objectif 97 de la loi du 9 août 2004.

De fait, la loi hôpital, patients, santé, territoire (HPST) devrait permettre une plus grande implication des structures régionales dans l'organisation de l'activité sur leur territoire. Prévues par la loi HPST et mises en place par le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des ARS, ces agences ont pour mission de piloter la santé publique et de réguler l'offre de santé en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social. Elles intègrent également un rôle essentiel en termes de prévention. Elles ne devraient pas séparer le volet soins du volet prévention.

Les ARS devront ainsi décliner, au niveau régional, les politiques de santé publique, piloter le SROS qui comprendra désormais la médecine libérale, rendre compte au conseil national de surveillance de leur PRS et ensuite des résultats de leur action. Il s'agit d'autant de leviers possibles pour suivre la prise en charge de l'IVG au plan régional sur le territoire avec une vue d'ensemble de la prise en charge de l'IVG, y compris par la médecine de ville, les CPEF ainsi que les centres de santé.

La ministre de la santé a annoncé, le 8 mars 2010, que les ARS devront intégrer la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées comme une composante à part entière de l'offre de soins et de prévention; elles seront évaluées sur leurs résultats dans ce domaine.

Ce groupe se félicite de cette mesure mais remarque que les indicateurs de suivi proposés par l'instruction n° DGS/MI1/DGOS/R3/2010/377 du 21 octobre 2010 ne sont pas suffisamment adaptés :

Le nombre d'établissement faisant des IVG/au nombre total paraît utile, mais nous préférons en plus le nombre d'établissements publics(EP)/le nombre total d'EP car il y a des EP qui n'assume pas cette activité et le privé peut s'y soustraire.

Le nombre d'IVG médicamenteuses/au nombre total d'IVG dans un établissement n'est pas un critère de réponse à la demande ni de qualité d'autant plus que l'IVG médicamenteuse en ville devrait entraîner une forme de « spécialisation » des établissements dans l'aspiration.

Les IVG médicamenteuses faites en dehors des établissements doivent être développées mais ce n'est pas forcément un critère de qualité d'organisation des soins. D'autres critères seraient plus à même de rendre compte de la qualité de l'offre de soins :

- choix offerts aux femmes désirant interrompre leur grossesse : chirurgicale avec anesthésie générale ou locale, médicamenteuse en établissement de santé ou en ville ;
- temps entre le moment où la femme sait qu'elle est enceinte et le moment où elle rencontre le médecin ou la structure qui va pratiquer l'IVG ;
- % de retour en post-IVG en sachant qu'il ne sera jamais de 100 %;
- % d'IVG 10-12 semaines ;
- % de mineures.

La normalisation de l'activité d'IVG passe donc aussi par son inscription dans les textes d'orientation de la politique régionale de santé publique et les documents de contractualisation de l'ARS.

Le groupe s'interroge toutefois sur le fonctionnement des ARS notamment au niveau départemental et les arbitrages qui devront être pris au sein des régions. Les associations œuvrant aux questions de la santé sexuelle et reproductive devraient être associées au travail des ARS pour le suivi de la mise en place de la politique spécifique en matière d'IVG et de son application ainsi que sur tous les aspects de préventions en santé reproductive et sexuelle.

Il est également essentiel de rappeler dans tous les **projets d'établissements et de pôle** l'obligation du respect de la réalisation des IVG.

L'appréhension de l'IVG dans un cadre global, liant éducation à la sexualité, contraception et IVG avec du personnel qualifié.

Comme le souligne le rapport de l'IGAS, l'éducation à la sexualité et l'information sexuelle sont essentielles à la prévention. Ces thématiques seront spécifiquement abordées dans la seconde partie du travail de ce groupe portant sur la contraception choisie qui donnera lieu à un rapport distinct.

Par ailleurs, il est rappelé l'importance, particulièrement dans le contexte de mise en place des ARS, d'un financement pérenne du fonctionnement des EICCF et CPEF.

Ainsi, lors de son audition, le représentant de la Coordination Nationale des Collectifs de Défense des Hôpitaux et Maternités de Proximité, a mis en exergue l'impact des restructurations hospitalières en cours sur les CPEF : fermeture, délocalisation, réduction des effectifs ... Il estime entre 10 à 20 % la réduction des effectifs des centres de planification et d'éducation familiale.

Les CPEF étant sous la responsabilité des conseils généraux et relevant de leur compétence, le groupe de travail craint un désinvestissement de l'Etat qui fera peser les charges financières uniquement sur lesdits conseils.

S'agissant plus particulièrement de l'entretien préalable à l'IVG, si la suppression de son caractère obligatoire pour les femmes majeures simplifie les parcours des femmes ayant recours à l'IVG, celui-ci revêtait une utilité particulière en permettant un accompagnement psycho-social et une réflexion autour de cette fécondation-là. Cet acte fait trop souvent défaut aujourd'hui.

Le groupe regrette que, depuis que cet entretien est devenu facultatif, les femmes y aient très peu recours. Celui-ci est d'ailleurs mentionné de manière marginale alors qu'il doit l'être **systématiquement**. Selon l'enquête de 2007 pilotée par la DREES, l'entretien pré-IVG n'est proposé que dans 33% des établissements (6% des établissements du secteur privé et 48% des établissements du secteur public). Au total, une structure sur six n'indique aucun rendez-vous aux femmes, même en dehors de l'établissement. L'entretien post-IVG, obligatoirement proposé aux jeunes filles mineures uniquement, est beaucoup plus rarement proposé de façon systématique aux femmes majeures (seulement dans 16% des structures).

De même, dans le cadre de l'IVG par méthode médicamenteuse en ville, l'entretien n'est quasiment jamais réalisé. Un des motifs des femmes pour effectuer leur IVG par cette technique est la rapidité de sa réalisation et par méconnaissance des médecins des circuits permettant d'accéder aux professionnels habilités à réaliser ces entretiens.

3) La problématique de l'adulte accompagnant de l'institution scolaire

Les discussions du groupe ont mis en exergue un problème particulier touchant le cadre scolaire lié aux autorisations d'absence pendant les heures d'école et la possibilité pour un adulte de l'institution d'accompagner une élève pour une IVG.

A ce sujet, une lettre juridique, diffusée par la Direction des affaires juridiques, en octobre 2008, concerne la responsabilité des personnels de l'Education nationale accompagnant des mineures dans des démarches relatives à une contraception d'urgence ou à une IVG. Elle précise que le chef d'établissement devrait octroyer une autorisation d'absence à l'élève et garder le silence vis-à-vis de ses parents, dès lors que le personnel de santé de l'établissement l'aura « *dûment informé de ce que l'élève est absente pour un motif médical dont elle est légalement autorisée à garder le secret* ». Pour autant, dans l'hypothèse où l'élève demanderait à être accompagnée par un membre du personnel de santé ou un agent de l'établissement, il est précisé que cette situation « *n'est aucunement souhaitable et doit au maximum être évitée* ». « *En cas d'urgence caractérisée et de détresse de l'intéressée* », il est mentionné le « *caractère privé, personnel et volontaire de cet accompagnement, qui ne se rattache en aucune manière à la mission statutaire ou réglementaire* » de l'agent. Cette démarche nécessite « *une autorisation d'absence ou un congé, délivré par le chef d'établissement, si l'accompagnement se fait sur son temps de travail* ». La responsabilité éventuelle de l'agent en cas de dommages causés à la mineure relève en conséquence des règles du droit commun. L'accompagnant n'a aucune fonction tutélaire.

Le groupe considère comme essentielle la reconnaissance d'un droit pour le personnel de l'éducation nationale souhaitant accompagner les jeunes filles qui le veulent lors d'une IVG. Ce droit ne doit pas se transformer en obligation ; il s'agit uniquement de permettre à ceux et celles qui le souhaitent, sur la base du volontariat, d'épauler les jeunes filles qui le demandent.

En l'état actuel des choses, se pose la question de la responsabilité des professionnels, ce qui motive le désengagement de l'éducation nationale en cas de problème.

Pourtant la loi de 1937 établit que l'Etat se substitue au fonctionnaire dans le cadre de ses fonctions en matière de responsabilité civile. L'enjeu consiste donc à faire admettre, d'un point de vue réglementaire, qu'un tel accompagnement constitue un acte professionnel engageant la responsabilité de l'Etat et non celle de l'agent. Il y a eu d'autres recommandations depuis 1937.

Ceci a déjà fait l'objet de demandes auprès de l'Education nationale, étant entendu qu'il s'agit d'ouvrir un droit au fonctionnaire et non de créer une obligation.

Les préconisations du groupe

La constitution de ce groupe fait suite à la constatation qu'aucune stratégie d'organisation des soins particulière ne concernait l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Or l'IVG, si elle est considérée par beaucoup comme un acte techniquement simple, n'est pas un acte médical comme les autres, ne serait-ce que parce qu'il est le seul pour lequel existe « la clause de conscience » permettant à un soignant de refuser de participer à sa réalisation.

L'organisation de sa prise en charge doit donc être particulière puisqu'elle ne peut faire appel qu'à des volontaires. Elle doit permettre à toutes les femmes souhaitant interrompre leur grossesse de trouver une solution rapidement, par la méthode de son choix, dans des conditions de sécurité, cela va de soi, mais aussi de qualité d'accueil et d'écoute.

Le nombre d'IVG est évalué à 220 000 par an en France. La quantification de la demande doit être au plus près de la réalité pour permettre l'adaptation du système de soins.

Il a été choisi de ne pas développer ici les préconisations concernant la contraception, l'éducation à la sexualité et les préventions. Celles-ci le seront dans le rapport qui sera consacré à la deuxième partie de la réflexion de ce groupe de travail portant sur « la contraception choisie ».

Ces préconisations portent sur :

- **l'amélioration de la formation à l'éducation à la sexualité et sa réalisation dans les établissements scolaires.**
- **la bonne mise en œuvre de la consultation annuelle de prévention gratuite pour les jeunes à partir de 16 ans et jusqu'à 25 ans, instaurée dans le cadre de la loi HPST. (art 55 de la loi HPST et art L. 162-1-17 du CSP).**
- **le développement de l'organisation des services de médecine universitaire (SUMPPS et SUIMPPS) avec un réel rôle de prévention et un financement adéquat.**
- **la pérennisation des campagnes de communication sur la contraception.**

Par ailleurs, l'existence du bulletin statistique inscrit dans la loi de 1975 ne devrait pas être mise en cause, au contraire, il devrait y être réintroduit des données notamment sur les grossesses antérieures tout en ne le surchargeant pas afin de permettre la lecture optique. Une version électronique devrait être envisagée.

Adapter le bulletin IVG pour permettre un discernement entre IVG médicamenteuses réalisées en ville et effectuées en centres de planification et d'éducation familiale afin que son exploitation statistique puisse prendre en compte le lieu où l'acte est pratiqué.

■ ADAPTER LES STRUCTURES AUX BESOINS

1. Formaliser un schéma d'organisation garantissant l'offre de soins en matière d'IVG

En fonction du nombre d'IVG à réaliser, il faut mettre en place ou conserver des structures adaptées :

- à partir de 400 IVG annuelles, une Unité Fonctionnelle (UF), à partir de 1000, un service avec des locaux, du personnel, des moyens techniques (par exemple échographe) dédiés et suffisants ; toutes les méthodes d'IVG doivent y être proposées, ce qui suppose une salle dédiée aux aspirations sous anesthésie locale et un accès à un bloc opératoire soit spécifique soit par des plages horaires dédiées ; ces structures internes doivent être, en même temps, centres de planification familiale ;

- en dessous de 400, un service de gynéco-obstétrique ou de chirurgie peut absorber cette activité à condition de posséder, en son sein, au moins deux personnes formées¹⁹ à l'accueil, l'accompagnement et l'information (« éducation à la vie ») des femmes en demande d'IVG (en plus de la convention avec un centre de planification familiale prévue par les textes actuels) ainsi qu'un personnel médical et paramédical formé aux différentes techniques d'IVG et d'anesthésie ; ces structures doivent pouvoir proposer le choix de la méthode d'IVG éventuellement avec l'aide des professionnels libéraux en convention avec elles pour l'IVG médicamenteuse.

Ce schéma ne prend pas en compte les zones de faible population. La pratique des IVG médicamenteuses en ville doit être développée sur tout le territoire (la création de réseaux régionaux à l'image de REVHO devrait être encouragée par les ARS). Elle n'est cependant pas une solution pour les zones rurales. En effet, un médecin pratiquant ces actes y est facilement stigmatisé comme avorteur, la démarche des femmes manque de confidentialité. De toute façon, pour être proposée, l'IVG médicamenteuse en ville nécessite la présence d'un centre chirurgical à moins d'une heure de route (avec lequel le praticien signe une convention) susceptible d'accueillir les rares complications. La fermeture des plateaux chirurgicaux des maternités et hôpitaux de proximité ne va pas améliorer la situation. Il n'y a pas de solution pour ces zones sinon l'amélioration des transports en commun.

2. Veiller au maintien d'une offre d'orthogénie sur tout le territoire

La réorganisation des services de chirurgie ou de maternité qui consiste en la disparition de ces activités dans des villes petites ou moyennes entraîne la disparition de l'IVG chirurgicale mais aussi des possibilités de pratiquer l'IVG médicale en ville car il faut un lieu chirurgical à moins d'une heure du domicile des patientes. Certaines régions sont donc en cours de « désertification » quant à leur offre de soins de proximité en matière d'IVG.

L'offre de soins en matière d'IVG doit être refondée sur la préservation des capacités encore existantes de proximité.

L'offre de prise en charge des IVG doit s'inscrire préalablement dans les projets objectifs : éducatifs, préventifs afin d'assumer en humanité les problématiques suscitées par les grossesses non prévues ou non désirées, sur tous les territoires.

L'orthogénie de proximité doit être un espace territorial au service de la satisfaction de besoins humains fondée sur la procréation choisie. Elle possède des dimensions et des références sur les qualités institutionnelles à affirmer l'écoute, la construction de la parole et du vécu de la sexualité des personnes.

L'orthogénie de proximité est indissociable de tous les facteurs qui participent à la naissance de l'enfant dans un milieu de vie pour son épanouissement. Elle participe dans ses finalités aux principes définis par l'OMS sur la santé sexuelle dans toutes ses dimensions.

¹⁹ **Arrêté relatif à la formation des personnels intervenant dans les centres de planification ou d'éducation familiale et dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial en préparation. Ce nouvel arrêté abrogera l'arrêté du 23 mars 1993.**

3. Veiller à la préservation du choix des femmes dans la méthode d'IVG.

Il appartient à toutes les structures et personnels impliqués dans la prise en charge de l'IVG de veiller à la possibilité de ce choix. La méthode chirurgicale avec anesthésie locale est particulièrement menacée. C'est dans les UF « héritières des centres autonomes » que son apprentissage peut avoir lieu. Cela souligne encore la nécessité de leur préservation.

Les mesures précédentes sont complémentaires et essentielles pour que l'activité d'IVG ne soit pas, in fine, la variable d'ajustement des réorganisations de l'offre de soins mais qu'elle trouve sa place comme composante à part entière de cette offre.

Par ailleurs, le groupe rappelle que la méthode chirurgicale reste la méthode de référence au-delà de sept semaines de grossesse compte tenu des inconvénients majeurs pour les femmes de la méthode médicamenteuse aux termes supérieurs à 7 semaines de grossesse.

■ VEILLER A LA PRESENCE DE PERSONNELS QUALIFIES EN NOMBRE

Toutes les catégories de personnels doivent être volontaires. Il faut aussi qu'ils aient chacun un statut reconnu.

C'est en général le cas pour les infirmières, aides-soignantes, secrétaires et tout le personnel hospitalier, c'est déjà moins le cas pour les psychologues souvent vacataires. Ce n'est pas du tout le cas pour **les conseillères conjugales et familiales**. Ce personnel, dont la nécessité est inscrite dans plusieurs lois, n'a **toujours pas de statut**. Le groupe réclame qu'il soit mis fin à cette situation.

Pour le personnel médical :

- les sages-femmes ont en général un statut et, quand elles sont en institution, elles prennent parfois en charge les IVG médicamenteuses (sous délégation médicale) ; le groupe n'a pas abordé la pratique des IVG médicamenteuses par les sages-femmes libérales ;

- les médecins sont encore souvent vacataires en dehors des structures dédiées ; dans celles-ci, ils peuvent être titulaires mais aussi, la plupart du temps,, vacataires ou contractuels ; ces derniers ont une carrière bloquée même si les derniers décrets d'application de la loi HPST rendent le troisième contrat à durée indéterminée ; le groupe s'inquiète, à ce propos, de possibilité de contrat avec objectif quantitativement chiffré où il ne serait question que d'un nombre d'IVG à pratiquer. **Les médecins**, après deux contrats de 3 ans devraient avoir la possibilité d'acquérir, pour certains, le **statut de praticien hospitalier** (temps plein ou partiel) par un concours interne ou un forme de validation des compétences.

Tous ces personnels, notamment dans les structures dédiées, font un véritable travail d'équipe pluridisciplinaire avec des réunions régulières d'analyse de la pratique, garantie d'un accueil de qualité, adapté à la demande des femmes. Ce sont ces mêmes structures qui doivent former les personnels amenés à prendre en charge les IVG dans les différentes structures. Ce travail formateur doit leur être reconnu par l'allocation de ressources spécifiques.

Par ailleurs les structures pratiquant les IVG devraient systématiquement bénéficier d'une convention afin d'être aussi centre de planification en vue d'une prise en charge globale des femmes.

4) Améliorer la formation à l'IVG des équipes médicales, médico-sociales, d'accueil et administratives, éducatives

Il est constaté généralement que la formation spécifique des personnels à la prise en charge des IVG dans les établissements de santé est estimée insuffisante (toutes catégories de personnels).

Ainsi, les médecins, et notamment les généralistes, doivent être formés aux différentes méthodes d'IVG, à la contraception ainsi qu'aux diverses pratiques anesthésiques. Il en est de même pour tous les autres corps professionnels (Infirmier(e)s, AS, sages-femmes, secrétaires médicales, personnel d'accueil, échographistes).

Cette formation doit aussi prendre en charge les aspects relationnels et « humains » spécifiques : capacité d'écoute, d'orientation, d'accompagnement, non jugement...

Le groupe propose d'organiser une action vis-à-vis des différents Conseils de l'Ordre et hiérarchies afin qu'ils assurent cette information.

Il est nécessaire de développer cette formation dans le cursus universitaire, en particulier pour les étudiants hospitaliers avec un passage obligé par une unité fonctionnelle ou un service de planification et éducation familiale et d'IVG. Des modules de formation continue sur le sujet doivent être proposés pour une formation tout au long de la vie professionnelle.

Le problème, signalé de longue date, de la relève des médecins qui, historiquement, ont permis l'application de la loi dans les hôpitaux publics, doit conduire à un plan de formation accéléré. Cette formation doit avoir lieu dans ces mêmes UF ou services.

La prise en charge globale de l'avortement nécessite un personnel formé et dédié.

Cette nécessité de formation ne s'adresse pas uniquement aux médecins mais à l'ensemble du personnel impliqué dans l'activité d'IVG et assurant des fonctions médicales (infirmier(e)s, sages-femmes ; anesthésistes...), ainsi que de conseil conjugal et familial, de secrétariat et d'accueil, etc...

Selon le rapport IGAS, « *une nouvelle tension se manifeste sur la gestion du délai permettant de pratiquer les IVG médicamenteuses [entre la 6ème et la 7ème semaine de grossesse]. Afin d'être en mesure d'offrir cette possibilité aux femmes qui le souhaitent, les équipes doivent s'attacher à gérer de manière spécifique leurs rendez-vous, d'où l'importance de disposer de secrétariats formés et dédiés* ».

Une formation à l'orientation des femmes souhaitant avoir recours à une IVG serait nécessaire. Malgré le fait que la loi stipule qu'un médecin ne pratiquant pas lui-même d'IVG doit orienter sa patiente dès la première consultation, certains tardent à orienter ces dernières. C'est pourquoi les médecins et étudiants en médecine devraient bénéficier d'une formation à l'orientation pour être à même de diriger les patientes vers les bons interlocuteurs, dans les meilleurs délais, ce qui est encore plus vrai dans les zones rurales. Les professionnels concernés par cette problématique doivent être informés régulièrement des circuits afin d'être le plus efficaces possible. L'organisation des soins en matière d'IVG et de contraception doit être connue.

Cette question ne dépend pas uniquement de la bonne volonté des médecins mais relève surtout d'une problématique d'organisation des soins (fermeture de maternité, accessibilité et disponibilité des centres de planification...).

De fait, la qualité de la réponse apportée aux femmes désirant une IVG et de l'accueil qui leur est réservé dépend de l'équipe du personnel, de sa pluridisciplinarité ainsi que du choix des femmes de la méthode.

5) Reconnaître la profession de conseiller conjugal et familial (CCF), acteur essentiel de l'accompagnement des femmes et de la prévention des grossesses non-désirées

Le domaine de compétences des CCF est l'ensemble des questions liées à la sexualité, à la contraception, à l'I.V.G., aux Infections Sexuellement Transmissibles, notamment à l'infection par le V.I.H. et, de façon générale, aux relations conjugales, familiales, parentales et à leurs dysfonctionnements. Les conseillers conjugaux et familiaux sont également formés à l'animation de groupes pour intervenir dans le cadre de l'éducation à la sexualité.

Les actions qu'ils élaborent et réalisent en partenariat avec les professionnels de l'éducation nationale, de la P.J.J. et de l'éducation spécialisée ou autres partenaires ont pour objectif principal la prévention de grossesses non désirées.

Ils mettent en place notamment des actions d'information sur la contraception et les entretiens pré et post I.V.G. auprès des femmes mineures et des femmes majeures, si ces dernières le souhaitent.

En effet, si l'IVG passe par un acte médical ou chirurgical, elle concerne aussi la femme voire le couple au sein de sa vie relationnelle, familiale, affective et sexuelle. L'entretien psycho-social avant l'IVG doit être systématiquement proposé – loi du 4 juillet 2001-

C'est un entretien particulier, souvent unique, au cours duquel est proposé à la femme un accompagnement. C'est également une opportunité pour faire le point sur sa contraception mais aussi sur d'éventuelles difficultés relationnelles et sexuelles (violences, I.S.T....).

Les centres pratiquant des IVG doivent avoir dans leurs équipes au moins une personne formée au conseil conjugal et familial or le métier de CCF n'est pas reconnu dans les statuts de la fonction publique hospitalière et territoriale.

C'est la raison pour laquelle les Présidents des Associations Nationales, têtes de réseaux, ont été amenés à se préoccuper du « statut » des professionnels qu'ils emploient. Constitués en Collectif d'associations, ils œuvrent depuis plusieurs années en faveur de la reconnaissance du métier « Conseil Conjugal et Familial ». Devant l'absence de réponses positives des pouvoirs publics, le Collectif des associations travaille à une officialisation du « statut » des CCF par la voie d'une certification professionnelle visant à leur faciliter l'accès à l'emploi, une réelle intégration dans la gestion des ressources humaines ainsi qu'à l'intégration dans la fonction publique hospitalière et territoriale.

L'arrêté du 3 décembre 2010 rénove les modalités d'accès et le contenu de la formation des personnels intervenant dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial (EICCF). Dorénavant, la formation préparant à la profession de conseiller conjugal et familial est construite sur la base d'un référentiel professionnel qui structure leur formation. Cet arrêté, qui découle de la nécessaire clarification des activités et des compétences spécifiques de ces professionnels, préconisée par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans son rapport d'octobre 2006, devrait permettre de donner un statut au conseiller conjugal et de valoriser ce métier. Cette formation n'est toutefois pas encore reconnue par une certification.

6) Informer régulièrement les médecins et autres professionnels amenés par leur pratique à accueillir des femmes en demande d'IVG sur l'existence et les coordonnées des permanences régionales téléphoniques.

De même un annuaire des structures pratiquant les IVG, comportant une information sur les différentes méthodes effectuées dans ces lieux, devrait être constitué, consultable en ligne et régulièrement mis à jour.

■ EXIGER DES ARS LA GARANTIE DE LA MISE EN ŒUVRE DU DROIT A L'IVG

Le niveau régional est tout à fait adapté à l'organisation des soins en matière d'IVG. Les ARS doivent s'appuyer sur les associations locales ou les représentants locaux d'associations nationales des professionnels de ce domaine pour garantir et surveiller l'adéquation à la demande aussi bien en quantité qu'en qualité des moyens développés. Elles doivent organiser le système de prise en charge décrit plus haut et soutenir les présidents de conseils généraux qui passent des conventions avec les CPEF, les centres de santé et les professionnels libéraux pour la pratique des IVG médicamenteuses hors établissement. Elles sont les financeurs des réseaux du type de celui d'Ile de France (REVHO) qui auront un rôle de formation et de soutien pour les praticiens libéraux ; la formation pratique ayant lieu dans les UF ou services d'IVG voire dans les services de gynécologie obstétrique ou de chirurgie suivant les situations locales.

7) Intégrer l'IVG comme composante à part entière de l'offre de soins.

Le rapport de l'IGAS formule cette même recommandation.

L'organisation des IVG devra être systématiquement prévue lors de la contractualisation avec les ARS.

Dans le cadre des pouvoirs attribués au conseil national de surveillance, chargé de piloter les ARS et d'évaluer périodiquement les résultats de leurs actions, il conviendra de veiller à l'inclusion explicite de l'activité d'IVG dans la formalisation des relations contractuelles entre les ARS et les établissements de santé, avec des objectifs quantitatifs et qualitatifs sur lesquels les directeurs des ARS auront à rendre compte. Le groupe souhaite la participation d'associations composantes du CSIS au conseil de surveillance .

A l'instar des autres activités médicales, sur la base d'objectifs précis et de quelques indicateurs de résultat, l'accès à l'IVG dans le secteur public devra être précisé dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens de l'ARS.

De manière plus générale, l'IVG devra être systématiquement inscrite de façon explicite dans les textes d'orientation de la politique régionale de santé publique (plan stratégique régional de santé, SROS...).

A cet effet, l'instruction du 21 octobre 2010 engage les directeurs d'ARS « à inscrire l'amélioration de la prise en charge des IVG au sein de la thématique « périnatalité » du schéma régional d'organisation des soins.

Le groupe tient à rappeler la nécessité d'une visibilité de l'IVG par rapport à la périnatalité.

Par ailleurs, il est essentiel de mentionner dans tous les projets d'établissements et de pôle l'obligation du respect de la réalisation des IVG.

La mission IGAS a tenté, à partir des bonnes pratiques rencontrées sur le terrain, d'établir une liste indicative des objectifs essentiels qui mériteraient de figurer dans les engagements contractuels :

- _ « réduction des grossesses non désirées au niveau de la région,
- _ couverture géographique de cette mission de service public, en maintenant un accès de proximité acceptable,
- _ équilibre géographique permettant d'assurer l'intégralité de l'activité, y compris pour les mineures sans autorisation parentale,
- _ prise en charge des IVG dans les délais de 10/12 semaines de grossesse en fonction de critères de répartition géographique raisonnables,
- _ réalité du partenariat entre la planification familiale et l'activité d'IVG et clarification des financements. »

Il pourrait être ajouté comme critères :

- la possibilité de choix entre les différentes techniques ;
- le temps entre le moment où la femme a connaissance de sa grossesse et le moment où elle est reçue par le professionnel ou la structure qui va la prendre en charge pour l'IVG ;
- le taux de retour en post-IVG.

Deux recommandations du rapport IGAS paraissent particulièrement essentielles à ce groupe de travail :

-« Prévoir dans les SROS un volet relatif à la prise en charge de l'IVG dans les différentes structures de l'offre de soins, y compris la médecine libérale, les CPEF et centres de santé ».

- « Incrire l'activité d'IVG dans les éléments d'appréciation de la conférence régionale de santé en charge de participer par ses avis à la définition des objectifs et actions de l'ARS ».

Conformément aux annonces de la ministre de la santé, les ARS devraient être évaluées sur leurs capacités à intégrer la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées comme une composante à part entière de l'offre de soins et de prévention.

Les ARS devraient s'appuyer sur des groupes de professionnels, à l'instar du modèle des anciennes commissions régionales de la naissance (CRN). En effet, le groupe considère que les CRN devraient être **maintenues et pérennisées** en intégrant systématiquement l'IVG dans leurs champs de compétences, avec un groupe spécifique chargé d'assurer le suivi de cette politique au niveau local. Les problématiques relatives à l'IVG devraient aussi être découplées du champ de la périnatalité et faire l'objet d'une sous-commission spécifique, sur le modèle des anciens « comités contraception ». De manière générale, le groupe est favorable, dans ce contexte de mise en place des ARS et d'élaboration des plans régionaux de santé, de dissocier l'IVG de la périnatalité pour en faire un chapitre particulier.

En outre, les ARS devraient assurer la coordination des conseils généraux qui doivent conclure des conventions pour l'organisation de l'IVG médicamenteuse en ville.

Le maintien des moyens dédiés à l'IVG et l'introduction systématique d'indicateurs relatifs à l'IVG dans les contrats d'objectifs et de moyens établis entre l'Etat et les établissements hospitaliers, de même que dans les SROS 4ème génération actuellement en préparation, sont essentiels.

Le groupe incite les associations, composantes du CSIS, à se rapprocher des ARS de chaque région.

8) Encourager la constitution ou le renforcement de réseaux, avec un financement public, sur le modèle du réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO)²⁰ en Ile de France.

²⁰ www.revho.fr/

Les ARS sont les financeurs des réseaux du type de celui d'Ile de France (REVHO) qui auront un rôle de formation et de soutien pour les praticiens libéraux ; la formation pratique ayant lieu dans les UF ou services

Le groupe tient à rappeler l'importance d'un financement public du fonctionnement de cette catégorie de réseau indispensable à sa pérennisation. Ce problème de financement des réseaux devrait être pris en compte par les ARS.

La possibilité pour les médecins libéraux de signer une convention avec le département marque un progrès réel pour les femmes, notamment en milieu rural. Les discussions de ce groupe ont mis en exergue des difficultés pratiques ainsi qu'un manque de formation et d'accompagnement des médecins de ville à l'IVG médicamenteuse, en particulier en milieu rural, pouvant les décourager. Il conviendrait de réfléchir aux moyens de faciliter les démarches pour les praticiens intéressés pour signer une convention.

La création ou le renforcement de partenariats pour la mise en place d'un réel travail en réseau avec toutes les structures et professionnels concernés doivent être encouragés et financés.

Par ailleurs, ce travail de partenariat doit être étendu aux CPEF et EICCF afin d'englober tous les acteurs de l'orthogénie.

Moins d'une structure pratiquant des IVG sur cinq indique nouer des partenariats avec les permanences régionales téléphoniques d'information relative à l'IVG²¹. Lorsque ce partenariat n'existe pas, les établissements travaillent parfois en relation, de manière formelle ou informelle, avec un centre de planification et d'éducation familiale, 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 ne travailler en relation ni avec la permanence régionale, ni avec un centre de planification ou un autre organisme.

Ce groupe tient à rappeler le rôle des CPEF et EICCF et la nécessité d'un travail en réseau les incluant. **Par ailleurs, les entretiens pré et post-IVG, même s'ils ne sont plus obligatoires, doivent être systématiquement proposés aux femmes réalisant une IVG.**

9) Les ARS doivent éditer et distribuer le dossier guide aux professionnels afin que ces derniers remettent ce document d'information aux femmes.

■ PRECONISATIONS COMPLEMENTAIRES

10) Intégrer, pour une normalisation de cette activité, l'acte d'IVG dans la nomenclature en tant que constituante à part entière de l'offre de soins

La rémunération de l'IVG se fait toujours par un forfait. L'augmentation de celui-ci ne règle pas la question même si elle atteignait le niveau du coût estimé de cet acte car elle s'accompagnerait d'une augmentation du reste à charge pour les femmes sans couverture complémentaire qui sont, économiquement, les plus précaires et donc accroîtrait leurs difficultés. Dès lors, la solution est le passage de cet acte à la nomenclature avec les mêmes règles de remboursement que les autres actes. Cette mesure (comme la disparition du quota d'actes pour les cliniques privées ou celle de

²¹ Enquête DREES 2007

l'obligation d'entretien n'ont pas empêché leur désengagement) ne suffira probablement pas pour que le secteur privé s'intéresse à nouveau à cette activité. Il faut ainsi que les moyens soient donnés au secteur public d'assumer une grande partie de la prise en charge.

11) Assouplir le parcours précédant une IVG

Prendre en compte pour le délai de réflexion de 7 jours d'une échographie, d'une prise de sang prouvant la grossesse, de la rencontre avec une CCF, une infirmière scolaire ou un autre professionnel habilité à accueillir des femmes en demande d'interruption de grossesse.

12) Reconnaître comme une activité professionnelle autorisée l'accompagnement volontaire d'une jeune femme scolarisée (mineure ou non) à l'occasion de la découverte d'une grossesse non désirée.

Il faut que la confidentialité vis-à-vis des parents, si la jeune femme la souhaite, soit respectée et par conséquent que le chef d'établissement ne leur signale pas l'absence de leur enfant quand une assistante sociale, une infirmière ou un médecin scolaire évoque une cause médicale à cette absence²².

13) Veiller à ce que la prochaine loi de santé publique intègre des objectifs en matière d'IVG et de contraception.

²² LIJ n° 128, p36

ANNEXE 1

Personnes auditionnées par ce groupe de travail

AUBIN Claire et JOURDAIN MENNINGER Danièle, Inspectrices IGAS, auteure du rapport d'évaluation de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse ; auditionnées le 26 novembre 2009.

BOISSEAU-MERIEAU Béatrice, chargée de mission à la Direction Générale de la Santé (DGS) ; auditionnée le 14 septembre 2009.

CESBRON Paul, gynécologue obstétricien, membre de la coordination nationale des collectifs de défense des hôpitaux et maternités de proximité ; auditionné le 21 Juin 2010.

Docteur SCHVARTZ, médecin généraliste, UNOF ; auditionné le 1^{er} mars 2010

KERGUTUIL Gaëlle et BURSON Julie, chargées de prévention à la LMDE, auditionnées le 1^{er} mars 2010.

MACHU Anne-Noëlle, chargé de mission, Direction générale de l'offre de soins (DGOS); auditionnée le 14 septembre 2009

MOREAU Caroline, INSERM, auditionnée le 16 novembre 2009.

PRIOUX France de l'INED, auditionnée le 21 juin 2010.

VILAIN Annick, DREES, auditionnée le 17 mai 2010.

ANNEXE 2
Membres de ce groupe de travail

Mme	Armelle	ANDRO	INED, Université Paris 1
Dr	Elisabeth	AUBENY	Association française pour la contraception – AFC
Mme	Florence	BARUCH	Association nationale des centres d'interruption de grossesses et de contraception – ANCIC
Mme	Odile	BARNAUD	Caisse nationale du régime social des indépendants – RSI
Mme	Patricia	BRISTOL-GAUZY	Bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité- Direction de l'enseignement scolaire – Ministère de l'éducation nationale
Mme	Marie-Laure	BRIVAL	Association nationale des centres d'interruption de grossesses et de contraception – ANCIC
Mme	Martine	CACHEUX	Fédération Nationale Couples et Familles – FNCF
Mme	Monique	CAZEDEVALS	Caisse nationale assurance maladie - CNAM
Dr	Laurence	DANJOU	Association des centres de régulation des naissances de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris ACRNAP Association nationale des centres d'interruption de grossesses et de contraception – ANCIC
Mme	Marie-Laure	DAUPHIN	Délégation générale à l'outre-mer – Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales
Mme	Catherine	EL MGHAZLI	Planning familial
Mme	Catherine	FITTE	Force Ouvrière

Mme	Danielle	FORGEOT	Bureau des partenaires institutionnels et des territoires (K3) - Direction de la protection judiciaire de la jeunesse – Ministère de la justice
Mme	Hélène	FREUNDLICH	Sida Info Service
Mme	Eveline	GALLO	Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux – ANCCEF
Mme	Sihem	HABCHI	Association Ni putes ni soumises
Mme	Françoise	LAURANT	Planning familial
Mme	Elisabeth	MAGNIN	Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux – ANCCEF
Dr	Jean-Claude	MAGNIER	Association des centres de régulation des naissances de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris – ACRN-AP
Mme	Martine	MASSON	Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de santé - Fédération Syndicale unitaire - SNICS-FSU
Mme	Bénédicte	MAUFRAIS	Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux – ANCCEF
Mme	Françoise	MORVAN	Coordination française pour le lobby européen des femmes – CLEF
M.	Philippe	NOTTIN	Ligue de l'enseignement
Mme	Françoise	PAYEN	Association française des centres de consultation conjugale – AFCCC
Dr	Emmanuelle	PIET	Collectif féministe contre le viol – CFCV
Mme	Emilie	RODRIGUEZ-DAMIAN	Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie personnelle et sociale – Service des Droits des Femmes – Direction Générale de la Cohésion Sociale
Dr	Bernard	SALENGRO	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés – CNAMTS

Dr	Hélène	SIAVELLIS	Délégation interministérielle à la famille
Mme	Maya	SURDUTS	Coordination des associations pour le droit à l'avortement et la contraception – CADAC
Dr	Catherine	TISSERAND	Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des conseils généraux - ANDASS
M.	Fabien	TRUCK	Conseil national de la jeunesse
M.	Antonio	UGIDOS	Centre régional de ressources et d'information sur le VIH/Sida, les hépatites, l'éducation à la vie affective et sexuelle, les drogues, les dépendances et les conduites à risque chez les jeunes - CRIPS
Dr	Corinne	VAILLANT	Union national des syndicats autonome Education et Coordination du Groupe nationale d'information et éducation sexuelle (GNIES)
M.	Philippe	VAUR	Fédération nationale familles de France

Que soient ici plus particulièrement remerciés pour leur contribution au rapport : Florence Baruch, Béatrice Boisseau-Mérieau, Patricia Bristol-Gauzy, Laurence Danjou, Danielle Forgeot, Jean-Claude Magnier, Philippe Nottin, Emilie Rodriguez-Damian et Corinne Vaillant.