

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Direction générale de la santé

Sous-direction promotion de la santé
et prévention des maladies chroniques

*Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Sous-direction de l'organisation
du système de soins – O1

Circulaire DGS/MC1/DHOS/O1 n° 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. Prévention des grossesses non désirées

NOR : SASP0923273C

Date d'application : immédiate.

Résumé : ce texte apporte des informations sur la pratique des IVG par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé ainsi que sur la politique de prévention des grossesses non désirées.

Mots clés : IVG par voie médicamenteuse – centres de planification ou d'éducation familiale – centres de santé – médecins de ville – programme d'inspections des établissements de santé pratiquant des IVG – contraception : nouvelles dispositions réglementaires et campagne d'information sur la contraception.

Références :

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 ;

Décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 (JO du 5 mai 2002) ;

Décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004 (JO du 2 juillet 2004) ;

Arrêtés du 1^{er} juillet 2004 (JO du 13 juillet 2004) et du 23 juillet 2004 (JO du 28 juillet 2004) ;

Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 (JO du 8 mai 2009) ;

Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES n° 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé.

Textes abrogés ou modifiés : néant.

Annexes :

Annexe I. – Synthèse statistique : signature des conventions au 31 décembre 2008 pour la prise en charge des IVG médicamenteuses en médecine de ville.

Annexe II. – Programme pluriannuel d'inspection des établissements de santé pratiquant des interruptions volontaires de grossesse (IVG) 2006-2010 – synthèse qualitative intermédiaire.

Annexe III. – Programme de communication 2009 sur la sexualité et la contraception Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – les grands axes du programme.

La ministre de la santé et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information et exécution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information et exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information et exécution]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour information).

La présente circulaire vise à préciser les modalités d'application de l'article 71 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, contenues dans le décret n° 2009-516 du 6 mai 2009. Elle apporte des informations sur la mise en œuvre de la pratique désormais autorisée d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et dans les centres de santé.

Cette circulaire complète, s'agissant du dispositif « IVG hors établissements de santé » la circulaire DGS/DHOS/DREES n° 04-569 du 26 novembre 2004 relative à la pratique d'IVG par les médecins de ville.

1. Les nouvelles dispositions concernant l'interruption volontaire de grossesse : l'extension du dispositif « IVG hors établissements de santé »

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a ouvert la possibilité, pour des médecins exerçant en médecine de ville ayant conclu une convention avec un établissement de santé, de réaliser des IVG par voie médicamenteuse (article L. 2212-2 du code de la santé publique).

La loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (article 71) a étendu le dispositif relatif à la pratique d'IVG par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé. En effet, ce texte législatif a :

- confié au président du conseil général la mission d'organiser la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse au sein de son département (article L. 2112-2 du code de la santé publique) ;
- autorisé les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et les centres de santé liés par une convention ad hoc à un établissement de santé, à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse (modification des articles L. 2212-2, L. 2311-3 et L. 6323-1 du code de la santé publique).

Le décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 (JO du 8 mai 2009) précise les modalités d'application de ces nouvelles dispositions.

La possibilité donnée aux médecins des centres de planification ou d'éducation familiale et des centres de santé de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, contribuera à réduire les difficultés que peuvent rencontrer les femmes souhaitant interrompre leur grossesse. Elle permettra, en particulier, au public fréquentant les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé, de bénéficier d'un accès facilité à ce mode de prise en charge des IVG.

1.1. La mission confiée au président du conseil général

Le président du conseil général se voit confier la mission d'organiser la pratique d'interruptions volontaires de grossesse (article L. 2112-2 du code de la santé publique). L'article 1^{er} du décret précise les modalités d'organisation de cette nouvelle activité (article R. 2112-14 du code de la santé publique). Cette mission peut être mise en œuvre, au sein du département, par :

- des centres de planification (rattachés aux services du conseil général ou dans le cadre d'une convention spécifique) ;
- des centres de santé par voie de convention ;
- des médecins de ville par voie de convention.

1.2. La pratique de l'IVG par voie médicamenteuse dans les centres de planification et les centres de santé

Les articles 2, 3, 4 et 5 du décret du 6 mai 2009 prévoient les adaptations nécessaires à la pratique de l'IVG médicamenteuse dans les centres concernés.

1.2.1. Les médicaments nécessaires à la réalisation des IVG par voie médicamenteuse (mifépristone et misoprostol)

La responsabilité de la détention, du contrôle et de la gestion des médicaments nécessaires à la réalisation des IVG est confiée au pharmacien ou un médecin du centre, nommément désigné (article R. 2311-20 pour les centres de planification et article R. 6323-24 pour les centres de santé).

Les entreprises, organismes et établissements pharmaceutiques sont autorisés à fournir les médicaments nécessaires à la pratique des IVG, aux centres de planification (modification de l'article R. 5124-45, 3^o) et aux centres de santé (article R. 5124-45, 16^o).

1.2.2. La pratique des actes dans les centres par les médecins

La pratique des IVG par voie médicamenteuse est soumise à l'ensemble des conditions générales prévues, pour la mise en œuvre du dispositif « IVG hors établissements de santé », aux articles R. 2212-9 à R. 2212-19 du code de la santé publique, y compris celles régissant la qualification des médecins mettant en œuvre cette activité (article R. 2212-11). Cette qualification est justifiée auprès de l'établissement de santé par le centre signataire de la convention.

Les modalités de réalisation des IVG hors établissements de santé et, notamment, les conditions de qualification des médecins candidats à cette pratique, ont été précisées par la circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES n° 04-569 du 26 novembre 2004 précitée. En effet, peuvent pratiquer ces IVG, les médecins justifiant d'une expérience professionnelle adaptée :

- soit, par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique ;
- soit, par une expérience de la pratique des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé.

En application de l'article R. 2212-15 du code de la santé publique, il appartient à chacun des médecins d'un centre de remettre à la femme un document écrit, mentionnant l'adresse et le numéro de téléphone du service concerné de l'établissement de santé signataire de la convention. Ce service l'accueillera pour toute complication. Le médecin lui remet également la fiche de liaison comportant les éléments utiles du dossier médical.

1.2.3. L'impact des nouvelles dispositions sur l'organisation interne des centres de planification ou d'éducation familiale et des centres de santé

Les centres envisageant la pratique d'IVG par voie médicamenteuse s'organiseront pour être en mesure d'apporter toutes informations aux femmes sur cette technique et ses différentes étapes. L'accueil et les secrétariats des centres seront donc étroitement associés à la mise en œuvre de ce dispositif et adaptés en conséquence.

Par ailleurs, les centres de santé doivent être en mesure de faciliter l'accès des femmes à la consultation psycho-sociale, prévue par l'article L. 2212-4 du code de la santé publique, notamment, en donnant les coordonnées de structures où les intéressées pourront en bénéficier.

1.3. Informations complémentaires spécifiques aux centres de santé pour la mise en œuvre de la pratique des IVG médicamenteuses

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires modifie le régime des centres de santé. Cependant, dans l'attente des textes d'application, les dispositions prévues par les articles R. 6323-23 et R. 6324-24 et D. 6323-1 à D. 6323-22 actuels du code de la santé publique continuent de s'appliquer.

Par conséquent, l'activité d'IVG par voie médicamenteuse est incluse dans l'activité médicale du centre de santé dès lors que celui-ci a signé une convention avec un établissement de santé. La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales et la Caisse primaire d'assurance maladie sont informées de la mise en œuvre de cette pratique par la transmission prévue d'une copie de la convention.

Les IVG font partie des actes décrits par le rapport d'activité du centre de santé visé à l'article D. 6323-6.

1.4. La convention entre l'établissement de santé et le centre

L'article 6 du décret modifie les termes de la convention à passer avec un établissement de santé (annexe 22-1 du code de la santé publique) pour les adapter au statut des nouveaux signataires. Les médecins de ces centres, lorsqu'ils sont concernés par la pratique des IVG, ne sont pas les signataires des conventions que les structures passent avec un établissement de santé. Il convient de rappeler que la convention-type annexée au décret présente une valeur réglementaire et ne peut être modifiée.

Les destinataires des copies de la convention signée avec l'établissement de santé par le centre de planification ou d'éducation familiale ou le centre de santé sont mentionnés au 6° de l'article 6 du décret du 6 mai 2009.

Il est souhaitable que les établissements de santé développent avec les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé avec lesquels ils ont passé convention la même dynamique de réseau qu'ils ont promue avec les médecins de ville. Cette dynamique facilitera notamment la formation des médecins des centres de santé ainsi que la formation des personnels paramédicaux et des secrétariats médicaux de l'ensemble des centres.

Vous trouverez en annexe I, la synthèse statistique des conventions conclues au 31 décembre 2008 pour la pratique des IVG médicamenteuses en médecine de ville.

L'établissement de santé signataire s'engage, pour sa part, à répondre aux obligations que la réglementation lui attribue. Ces obligations qui ont été rappelées par la circulaire précitée du 26 novembre 2004 concernent notamment :

- l'accueil des femmes connaissant des complications, suite à la réalisation d'une IVG dans un centre de santé ou dans un centre de planification ou d'éducation familiale ;

- les demandes d'information des personnels des centres ;
- l'évaluation de l'activité relative aux IVG réalisées dans le cadre des conventions conclues. Le centre de planification ou d'éducation familiale ou le centre de santé adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymes concernant les IVG pratiquées. La transmission de ces informations est indispensable pour l'élaboration de statistiques nationales exhaustives concernant l'IVG. Elle permettra également de connaître la place occupée par l'activité IVG réalisée hors établissements de santé au sein de l'activité globale. La fiche QO4 de la SAE sera modifiée en 2010 afin de prendre en compte ces données.

Les centres souhaitant mettre en œuvre une pratique d'IVG par voie médicamenteuse et les établissements de santé concernés chercheront à réunir, le plus rapidement possible, l'ensemble des conditions nécessaires à la signature des conventions à passer entre eux. Cette préparation permettra la pratique effective des IVG, dès diffusion de l'arrêté fixant la tarification applicable aux actes réalisés dans le cadre du nouveau dispositif.

1.5. *Les adaptations spécifiques*

Le décret prend en compte les spécificités de Mayotte, de Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin pour permettre la mise en œuvre du dispositif dans ces collectivités.

1.6. *Les informations et la documentation disponibles*

Les brochures consacrées à l'IVG seront actualisées très prochainement pour prendre en compte l'ensemble des nouvelles dispositions (dossiers-guide destinés aux femmes et brochures destinées aux médecins et aux centres pratiquant des IVG hors établissements de santé). Ces documents seront disponibles sur www.sante-sports.gouv.fr le site internet du ministère de la santé et des sports - « Les dossiers de la santé de A à Z », lettre I (interruption volontaire de grossesse) ou C (contraception). Un CD-Rom des deux brochures actualisées sera mis à la disposition de chaque DDASS qui en assurera l'impression et la diffusion.

2. **Le programme d'inspections des établissements de santé pratiquant des IVG (2006-2010)**

Ce programme est en cours de mise en œuvre.

Vous trouverez, en annexe II, une synthèse qualitative intermédiaire des informations relatives à ce programme, recueillies au plan national.

3. **La contraception : les nouvelles dispositions réglementaires et la campagne d'information 2009**

3.1. *Les modifications apportées par le décret n° 2009-516 du 6 mai 2009*

Les modifications réglementaires apportées aux dispositions du code de la santé publique relatives aux centres de planification en matière d'IVG, ont constitué une opportunité pour actualiser et faciliter les conditions de fonctionnement de ces structures, s'agissant de la délivrance de médicaments, produits ou objets contraceptifs.

Ainsi, l'article 3 du décret (modification de l'article R. 2311-13 du code de la santé publique) actualise et facilite les conditions de fonctionnement des centres de planification ou d'éducation familiale, s'agissant de la délivrance de médicaments, produits ou objets contraceptifs. La modification apportée permet à l'ensemble des médecins ou des sages-femmes de ces centres, dans le cadre des consultations relatives à la maîtrise de la fécondité que ces structures organisent, de délivrer les médicaments, produits ou objets contraceptifs.

Le rôle de détention, contrôle et gestion des médicaments, produits ou objets contraceptifs demeure confié au pharmacien, au directeur ou un autre médecin du centre, nommément désigné. Toutefois, il a été considéré qu'il n'y a pas lieu de réserver la délivrance de produits ou objets contraceptifs au seul professionnel investi, pour le centre, de la responsabilité de détenir, contrôler et gérer l'ensemble des médicaments nécessaires à la mise en œuvre de leur activité relative à la maîtrise de la fécondité.

3.2. *La campagne contraception 2009*

Une campagne nationale de communication pluriannuelle, inscrite dans la durée (2007-2009), a été confiée à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), pour favoriser une meilleure utilisation des méthodes contraceptives. Le 3^e volet de la campagne s'adresse, plus particulièrement, en 2009, aux jeunes et aux populations les plus vulnérables.

La fiche figurant en annexe III indique les grandes lignes et le calendrier de la campagne 2009. Elle comporte également un rappel des sites d'information à la disposition de tous sur ce sujet (services, professionnels, associations).

4. **Le rôle de relais des ARH, DRASS, DDASS dans les domaines de l'IVG et la contraception**

4.1. *La présente circulaire sera adressée :*

- par les DRASS aux centres de santé agréés ;
- par les DDASS au président du conseil général de leur département à destination, notamment, des centres de planification ou d'éducation familiale ;
- par les ARH aux établissements de santé de leur région.

4.2. *La prévention des grossesses non désirées, en particulier chez les adolescentes et les populations en situation de vulnérabilité, est un enjeu important de santé publique qui relève, au niveau régional et départemental, de différents acteurs : services déconcentrés des ministères chargés de la santé, des droits des femmes et de l'égalité, de l'éducation nationale et de l'agriculture, conseils généraux, secteur associatif intervenant dans ce domaine précis ou auprès des populations en situation de précarité (MFPP, missions locales...), professionnels de santé, notamment dans le cadre des commissions régionales de la naissance....*

Les DRASS et DDASS qui ont un rôle essentiel de relais au plan territorial sur ce sujet, informeront et remobiliseront leurs partenaires pour leur permettre d'accompagner au mieux le déroulement du nouveau volet de la campagne. L'organisation de journées d'information ou de colloques peut constituer un moyen efficace pour rendre visible l'articulation de la campagne nationale et des déclinaisons locales envisagées, mieux toucher les publics concernés.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez prendre contact avec les bureaux MC1 de la direction générale de la santé (Béatrice Boisseau-Mérieau – mél : beatrice.boisseau-merieau@sante-sports.gouv.fr) et O1 de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Anne-Noëlle Machu – mél : anne-noelle.machu@sante-sports.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur général de la santé :
La directrice générale adjointe de la santé,

S. DELAPORTE

*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*

A. PODEUR

ANNEXE I

SYNTHÈSE STATISTIQUE : SIGNATURES DES CONVENTIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DES IVG MÉDICAMENTEUSES EN MÉDECINE DE VILLE

Au 31 décembre 2008, les ARH ont recensé 1 068 signatures de conventions entre un médecin de ville et un établissement hospitalier pour la prise en charge des IVG médicamenteuses (seule la région Guyane n'a pas répondu).

Le dispositif mis en place en 2004 continue de progresser puisque 87 nouvelles conventions ont été signées en 2008. Cependant, depuis 2005 année à laquelle ont été signées le plus de conventions (453), le nombre de nouvelles signatures de convention décroît : 195 signatures en 2006 et 116 en 2007.

60 % des 1 068 conventions concernent des gynécologues, dont les 2/3 sont des gynécologues-obstétriciens (613 signatures, dont 408 gynécologues obstétriciens et 205 gynécologues médicaux), et 40 % des médecins généralistes (440 signatures). En 2008, 46 des 87 signatures (53 %) sont le fait des médecins généralistes.

Le nombre d'établissements de santé signataires de ces conventions est passé de 155 au 1^{er} septembre 2006 à 209 au 31 décembre 2008. Cela représente un peu plus du quart des établissements déclarant une activité d'interruption volontaire de grossesse dans le PMSI 2007.

Parmi ceux-ci, 43 sont situés en Ile-de-France, 26 en Rhône-Alpes et 24 en PACA. Ces 3 régions représentent près de 45 % des établissements signataires.

Au 31 décembre 2008, toutes les régions, sauf une, déclarent la signature d'au moins une convention. Seule la Martinique n'en déclare toujours aucune. En 2004, 13 régions déclaraient la signature d'au moins une convention.

Au 31 décembre 2008 la région Ile-de-France est celle qui compte le plus de signatures (331) de conventions pour la réalisation des IVG médicamenteuses en médecine de ville au niveau national. Elle est suivie par la région PACA (120 signatures), puis par la région de Haute-Normandie (100 signatures).

Ces 3 régions représentent 50 % des signatures de convention.

A l'inverse, les régions Guyane (3 signatures), Auvergne (4 signatures), Corse (6 signatures), Bourgogne, la Réunion et Limousin (7 signatures chacune) sont celles qui en ont signé le moins.

Si l'on rapporte, par région, le nombre de conventions signées au nombre de séjours hospitalier pour IVG (PMSI 2007), on retrouve une moyenne nationale de 5,55 conventions signées pour 1 000 séjours dans les établissements de santé.

Il existe toutefois une assez grande dispersion et certaines régions contribuent à rendre la moyenne assez élevée.

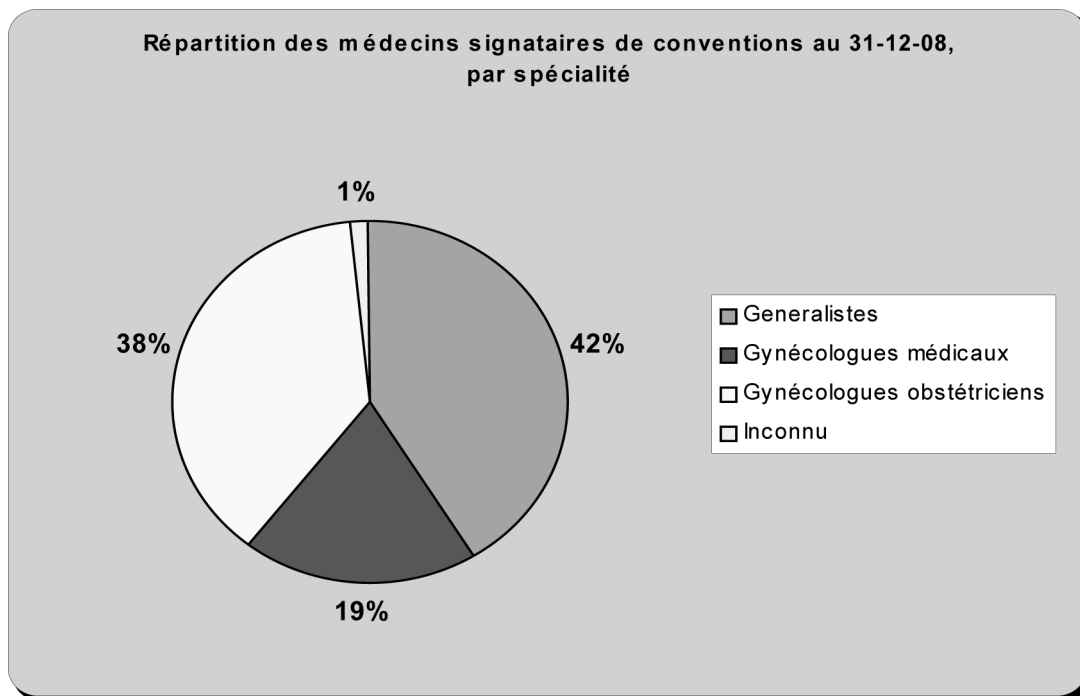
En effet la moitié des régions ont un taux inférieur à 4,9 conventions pour 1 000 séjours et un quart ont un taux inférieur à 2,9 conventions pour 1 000 séjours.

Les régions qui présentent l'indice le plus élevé sont les régions Haute-Normandie (20,27 conventions pour 1 000 séjours dans les établissements de santé), Alsace (12,32), Basse-Normandie (8,72) et Ile-de-France (7,57).

Les régions qui présentent l'indice le plus bas sont les régions Auvergne, Lorraine et Nord-Pas-de-Calais avec un taux d'un peu plus d'une convention pour 1 000 séjours.

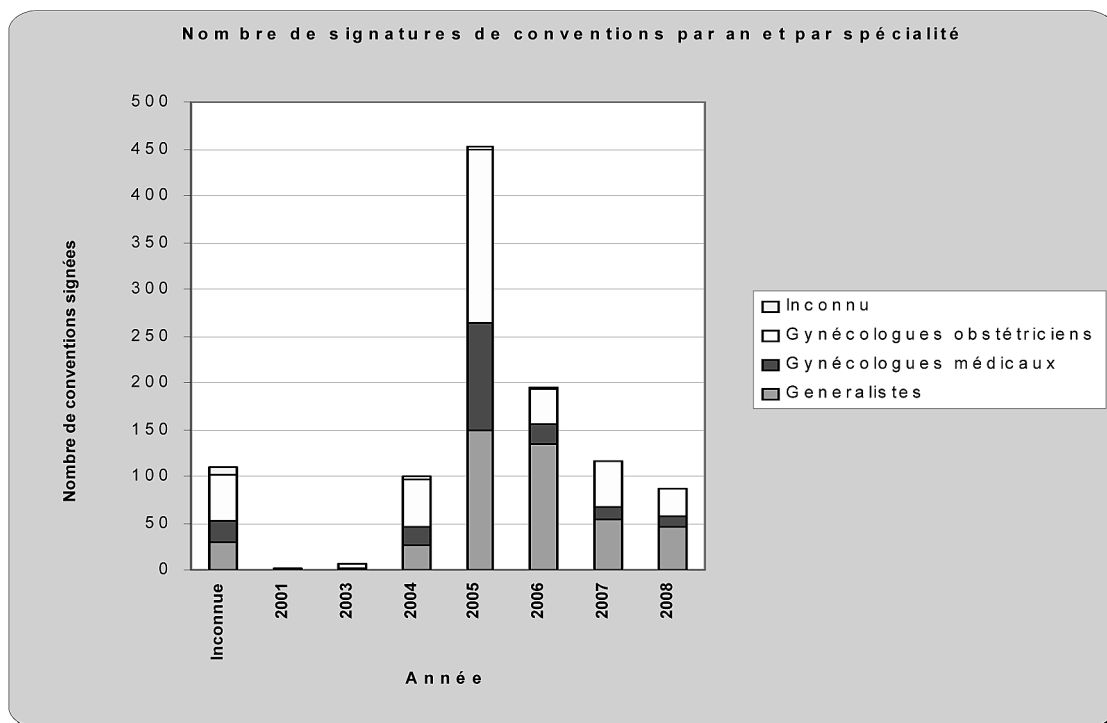
Données chiffrées

Qualification des médecins signataires au 31 décembre 2008



Inconnu : il a été déclaré des signatures de conventions, sans précisions quant à la qualité du médecin signataire.

Evolution du nombre de signatures par an et par spécialité



Rappel : Au cours de l'année 2004, 13 régions ont déclaré la signature d'au moins une nouvelle convention. Elles étaient 21 au cours de l'année 2005, 20 au cours de l'année 2006, 17 au cours de l'année 2007 et 20 au cours de l'année 2008.

Le tableau suivant présente les données chiffrées.
Nombre de signatures selon la spécialité médicale et par an.

ANNÉE	GÉNÉRALISTES	GYNÉCOLOGUES médicaux	GYNÉCOLOGUES obstétriciens	INCONNU	TOTAL ANNÉE
Inconnue	29	24	49	8	110
2001	0	0	1	0	1
2003	1	0	5	0	6
2004	26	20	51	3	100
2005	150	114	186	3	453
2006	134	22	38	1	195
2007	54	13	49	0	116
2008	46	12	29	0	87
Total spécialité	440	205	408	15	1 068

Nombre de signatures par an et par région

RÉGION	NC	2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Alsace			5	17	36	1		2	61
Aquitaine				1	20	9		1	31
Auvergne				3			1		4
Basse-Normandie				1	4	6	15	5	31
Bourgogne				2	1	2		2	7
Bretagne	49					1	1	1	52
Centre					16	2	1		19
Champagne-Ardenne	4	1		1	2	4	2	2	16
Corse							5	1	6
Franche-Comté	1				8	1			10
Guadeloupe					5	14	1	1	21
Guyane				2	1				3
Haute-Normandie	1				30	61	3	5	100
Ile-de-France	39			56	158	24	31	23	331

RÉGION	NC	2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
La Réunion					4	2		1	7
Languedoc-Roussillon					5	4	1	5	15
Limousin				2	2	1	1	1	7
Lorraine					5			4	9
Martinique									0
Midi-Pyrénées	2			2	15	15	12	4	50
Nord-Pas-de-Calais	14							3	17
Pays de la Loire					21	21	1		43
Picardie				1	7	1	5	1	15
Poitou-Charentes					10	10	1	4	25
Provence-Alpes-Côte-D'azur				6	68	7	26	13	120
Rhône-Alpes			1	6	35	9	9	8	68
Total	110	1	6	100	453	195	116	87	1068

Nombre de signatures par région et par spécialité et nombre d'établissements concernés (avec comparaison au nombre d'établissements déclarant des IVG dans le PMSI 2007) au 31 décembre 2008

Le tableau suivant présente, par région, le nombre de signatures de conventions par spécialité médicale au 31 décembre 2008, le nombre d'établissements concernés, le nombre d'établissements déclarant des IVG dans le PMSI 2007 (GHM 24Z15Z) et le nombre d'établissements signataires de conventions au 31 décembre 2008 pour 10 établissements déclarant des IVG dans le PMSI 2007.

RÉGION	GÉNÉRALISTES	GYNÉCO. méd	GYNÉCO. obs.	INCONNU	TOTAL région	NOMBRE d'étab.	NB ETAB. PMSI (IVG) 2007	NB ETAB. CONV/ 10 étab. IVG PMSI
Alsace	0	0	61	0	61	5	12	4,17
Aquitaine	3	16	12	0	31	6	31	1,94
Auvergne	2	2	0	0	4	3	15	2
Basse-Normandie	16	2	13	0	31	6	16	3,75
Bourgogne	4	0	3	0	7	2	18	1,11
Bretagne	14	8	30	0	52	12	29	4,14
Centre	4	0	15	0	19	5	22	2,27
Champagne-Ardenne	9	1	6	0	16	6	17	3,53

RÉGION	GÉNÉRALISTES	GYNÉCO. méd	GYNÉCO. obs.	INCONNU	TOTAL région	NOMBRE d'étab.	NB ETAB. PMSI (IVG) 2007	NB ETAB. CONV/ 10 étab. IVG PMSI
Corse	3	3	0	0	6	2	4	5
Franche-Comté	6	1	3	0	10	5	8	6,25
Guadeloupe	13	0	8	0	21	5	6	8,33
Guyane	0	0	3	0	3	1	4	2,5
Haute-Normandie	82	8	7	3	100	10	14	7,14
Ile-de-France	105	105	117	4	331	43	94	4,57
La Réunion	3	0	4	0	7	3	5	6
Languedoc-Roussillon	3	5	7	0	15	9	26	3,46
Limousin	1	4	2	0	7	3	8	3,75
Lorraine	3	5	1	0	9	3	27	1,11
Martinique					0		3	-
Midi-Pyrénées	18	8	24	0	50	10	36	2,78
Nord-Pas-de-Calais	4	3	2	8	17	5	21	2,38
Pays de la Loire	36	6	1	0	43	4	18	2,22
Picardie	13	2	0	0	15	4	15	2,67
Poitou-Charentes	15	1	9	0	25	7	18	3,89
Provence-Alpes-Côte d'Azur	50	10	60	0	120	24	53	4,53
Rhône-Alpes	33	15	20	0	68	26	50	5,2
Total	440	205	408	15	1068	209	570	3,67

Nombre de signatures au 31 décembre 2008, d'établissements concernés et de séjours pour IVG, par région

Le tableau suivant présente, par région, le nombre de signatures de conventions au 31 décembre 2008, le nombre d'établissements concernés, le nombre de séjours hospitaliers pour IVG déclarés dans le PMSI 2007 et le nombre de conventions signées au 31 décembre 2008 pour 1 000 séjours pour IVG (en 2007) dans l'ensemble des établissements de santé.

L'indicateur du nombre de conventions signées rapporté au nombre de séjours pour IVG est très synthétique, car il met en regard des données au 31 décembre 2008 (les signatures de convention) et des données pour l'année 2007 (le nombre de séjours). Il doit donc être considéré avec prudence.

RÉGION	NB MÉDECINS Total région	NOMBRE d'établissements	2007 NB SÉJOURS IVG (PMSI)	CONV/1000 IVG PMSI 2007
Alsace	61	5	4 952	12,32
Aquitaine	31	6	8 323	3,72
Auvergne	4	3	3 187	1,26
Basse-Normandie	31	6	3 555	8,72
Bourgogne	7	2	2 884	2,43
Bretagne	52	12	7 561	6,88
Centre	19	5	6 515	2,92
Champagne-Ardenne	16	6	3 278	4,88
Corse	6	2	1 230	4,88
Franche-Comté	10	5	2 960	3,38
Guadeloupe	21	5	3 734	5,62
Guyane	3	1	800	3,75
Haute-Normandie	100	10	4 934	20,27
Ile-De-France	331	43	43 699	7,57
La Réunion	7	3	2 807	2,49
Languedoc-Roussillon	15	9	9 342	1,61
Limousin	7	3	1 415	4,95
Lorraine	9	3	6 319	1,42
Martinique			1 927	NC
Midi-Pyrénées	50	10	8 231	6,07
Nord-Pas-de-Calais	17	5	12 182	1,40
Pays de la Loire	43	4	8 157	5,27
Picardie	15	4	4 407	3,40
Poitou-Charentes	25	7	3 960	6,31
Provence-Alpes-Côte-D'azur	120	24	19 696	6,09

RÉGION	NB MÉDECINS Total région	NOMBRE d'établissements	2007 NB SÉJOURS IVG (PMSI)	CONV/1000 IVG PMSI 2007
Rhône-Alpes	68	26	16 460	4,13
Total	1 068	209	192 515	5,55

ANNEXE II

PROGRAMME PLURIANNUEL D'INSPECTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRATIQUANT DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG) 2006-2010

Fiche de synthèse

1. Contexte du programme d'inspections

Ce programme se situe dans le contexte suivant :

Des études, ainsi que les informations transmises par les associations impliquées dans le domaine de l'IVG, font état de difficultés d'accès aux interventions dans les établissements de santé en France.

Un encadrement favorisant une meilleure prise en charge des IVG a progressivement été mis place :

- des recommandations ont été émises par la Haute Autorité de santé et par un groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, présidé par un membre de l'IGAS ;
- une montée en charge de l'IVG médicamenteuse pratiquée dans le cadre de la médecine de ville est constatée depuis la publication, en 2004, des derniers textes d'application concernant ce dispositif. Un rôle important d'impulsion est joué par les établissements de santé pour le développer ;
- pour la période 2006-2011, le volet périnatalité du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) a été mis en œuvre en ce qui concerne l'activité d'IVG.

Depuis 2006, des mesures ont été prises pour favoriser l'activité relative à l'IVG, notamment :

- les forfaits des IVG instrumentales ont été revalorisés de 20 % (arrêté du 4 avril 2008) ;
- le dispositif relatif à la pratique des IVG médicamenteuses en médecine de ville a été étendu aux centres de planification et aux centres de santé par la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2009 relative au financement de la sécurité sociale pour 2008.

L'IGAS a entamé en 2008 une évaluation de la loi de 2001.

2. Objectifs du programme d'inspections

Ce programme d'inspections s'intéresse à l'organisation de la prise en charge des IVG par les établissements de santé et au plan régional.

Il ne constitue pas un outil permettant de dresser un état des lieux national : le programme est complémentaire d'une enquête pilotée par la DREES. Cette enquête menée en 2007 apportera des éléments sur les parcours des femmes recourant à l'IVG, leurs difficultés d'accès aux actes (fin 2009).

Le programme a pour objet :

- au niveau local, de sensibiliser les équipes (direction, responsable fonctionnel au niveau local) pour réévaluer, 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 ;
- au niveau national, d'établir une synthèse des difficultés repérées au plan local et d'envisager des axes d'amélioration.

3. Régions ayant transmis des fiches de synthèse produites pour les inspections menées au 31 décembre 2009

RÉGION	NOMBRE TOTAL d'établissements à inspecter	INSPECTÉS au 31-12-08	TAUX AU 31-12-08 (%)	STATUT public	STATUT privé
Alsace	12	7	58,3	3	
Corse	3	2	66,7	1	1
Franche-Comté (*)	10	1 (*)	10	10	8
Guadeloupe	5	4	80	3	1
Guyane (**)	4	0	0	3	1

RÉGION	NOMBRE TOTAL d'établissements à inspecter	INSPECTÉS au 31-12-08	TAUX AU 31-12-08 (%)	STATUT public	STATUT privé
La Réunion	6	6	100	4	2
Limousin	8	8	87,5	6	2
Lorraine	25	25	100	18	8
Nord-Pas-de-Calais	22	6	27,3	6	
Pays de la Loire	20	8	40	6	1
Picardie	16	11	68,8	5	
Poitou-Charentes	20	5	25	5	
Rhône-Alpes	55	44	80	40	4
Total	206	117		109	28

(*) Franche-Comté : cette région a mené un programme d'inspections en 2005 portant sur 9 établissements pour lesquels elle a transmis le rapport produit et ses suites en 2007.
(**) Guyane : cette région a envoyé ses fiches pour les quatre inspections menées en 2009.

La région Bourgogne, qui a commencé son programme d'inspection, a indiqué qu'elle transmettrait une synthèse régionale complète à l'issue de ses travaux. La région Rhône-Alpes produira une synthèse régionale et par bassin de santé.

4. Eléments qualitatifs fournis par les services d'inspections sur les difficultés de la prise en charge des IVG en établissement de santé

Les fiches de synthèse transmises par les régions revêtent des formes très diverses. Elles comportent, soit une présentation générale des résultats au niveau régional ou au niveau départemental, soit une description détaillée des difficultés et des axes d'amélioration au niveau de chaque établissement inspecté, soit une mention exhaustive des données de la grille d'inspection concernant un ou plusieurs établissements seulement... Certaines fiches apparaissent, par ailleurs, peu documentées.

S'agissant d'un programme d'inspections ayant pour objectif une sensibilisation des acteurs dans le domaine de l'IVG, et non d'une enquête, il n'est pas possible d'évaluer la représentativité des différentes remarques émises par les services d'inspection. Ces remarques permettent cependant d'établir un état actuel des difficultés susceptibles d'être rencontrées pour la prise en charge des IVG. Elles permettent de préciser, au plan local, les mesures à mettre en œuvre mais contribueront également, au plan national, à dessiner des axes d'amélioration.

L'analyse des fiches de synthèse des inspections fait ressortir les principaux éléments ci-après.

4.1. Organisation de la prise en charge

Accès aux IVG

Les régions qui ont répondu signalent un accès globalement satisfaisant tout en soulignant certaines améliorations à apporter.

Cependant, cet accès est globalement jugé insatisfaisant pour les IVG les plus tardives (10 à 12 semaines de grossesse) qui sont de fait concentrées 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, par ailleurs, sur peu de praticiens. On peut constater, sur ce thème, un décalage entre les déclarations des médecins et les appréciations portées par les personnes chargées des inspections :

- les médecins ont tendance à sous-estimer le problème d'accès des femmes concernées ;
- en revanche, les médecins expriment aisément leurs réticences à pratiquer les actes les plus tardifs pour lesquels ils opposent souvent leur clause de conscience ;

- les médecins généralistes contractuels ne disposent pas toujours de la formation spécifique requise ;
- à la question posée d'une organisation éventuelle des prises en charge des IVG les plus tardives au niveau du territoire de santé ou du département, les réponses apportées font état d'avis partagés. Cette gradation existe parfois, de fait.

Les données émanant de l'enquête 2007 pilotée par la DREES (*) indiquent que la capacité de prise en charge des grossesses de plus de 10 semaines de grossesse n'atteint pas 6 structures sur 10.

(*) La DREES a organisé en 2007 une enquête auprès de 13 000 femmes de 15 à 50 ans ayant eu recours à une IVG

Intégration de l'activité relative aux IVG à celle de l'établissement de santé

Du point de vue structurel, cette intégration est souvent réalisée, qu'elle soit le fait d'une unité fonctionnelle (UF) identifiée au sein du service de gynécologie-obstétrique ou d'une intégration totale à ce service. Quelques fois, l'activité d'IVG est assurée dans l'unité de chirurgie ambulatoire. Le bon fonctionnement d'une unité fonctionnelle est dépendant du personnel qui lui est affecté : une petite UF n'apparaît pas toujours apte à assurer une continuité des soins. L'activité d'IVG est parfois inscrite dans le projet médical de l'établissement.

Cependant, les conditions de mise en œuvre de l'activité d'IVG 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 a été signalé que l'évolution de l'activité de gynécologie-obstétrique, en forte augmentation ces dernières années et son report sur les établissements de santé publics, ont un impact sur l'activité d'IVG en termes de disponibilité des chambres, des plages horaires du bloc opératoire obstétrical, du personnel, (praticiens et autres professionnels de santé) sans qu'il soit toutefois possible d'évaluer précisément ce phénomène.

Accessibilité

Celle-ci est encore insuffisante dans de nombreux locaux : pas de signalétique ; pas de ligne dédiée ; pas de message d'information ou d'enregistrement ; pages d'ouverture insuffisantes.

Locaux

Les locaux sont parfois inadaptés du point de vue de la capacité ou de leur configuration : absence d'unité de lieux de prise en charge, locaux ne permettent pas le respect de la confidentialité. Ce dernier point est évoqué de façon récurrente dans les rapports des inspecteurs.

Lien avec les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)

Les conventions entre les établissements de santé et les centres de planification, prévues par l'article R. 2212-7 du code de la santé publique sont souvent absentes. Ce point est également fréquemment évoqué.

Praticiens

Les inspections ont souvent souligné le déficit en termes d'effectifs de praticiens pratiquant les IVG, ce qui fragilise cette activité. L'activité d'IVG repose souvent sur peu de praticiens et parfois majoritairement sur des médecins généralistes de ville contractuels. Si cette situation améliore les liens ville-hôpital, elle peut poser des problèmes de continuité des soins lorsque ces praticiens sont peu nombreux, notamment en période estivale, faute d'organisation adaptée du service. Cette situation ne facilite pas la prise en charge des IVG les plus tardives.

La clause de conscience, invoquée par les praticiens dans certains établissements de santé a un impact réel sur l'organisation de l'activité. Elle est notamment opposée pour la pratique des IVG les plus tardives, allant parfois jusqu'à concerner toute une équipe ou le chef de service.

Par ailleurs, une région estime insuffisamment attractive la rémunération prévue pour les médecins généralistes pratiquant des IVG en établissement de santé.

4.2. La réalisation des IVG au sein des établissements de santé

Formation des personnels

La formation spécifique des personnels à la prise en charge des IVG est souvent estimée insuffisante (toutes catégories de personnels). Outre son intérêt pour une prise en charge améliorée, une formation spécifique est un facteur d'implication et de mobilisation du personnel.

Fonction d'accueil

Elle pourrait souvent être améliorée en termes de confidentialité, d'information délivrée aux femmes, d'évaluation de l'urgence de la prise en charge.

Protocoles médicaux

Les protocoles mis en œuvre ne sont pas souvent formalisés par les services chargés de l'activité IVG et donnent peu de lisibilité aux pratiques.

Techniques d'interruption de grossesse

Les deux techniques 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.

Contenu des dossiers médicaux

Il n'a pas toujours permis aux services d'inspection de vérifier le respect des dispositions légales : réalisation des consultations préalables, confirmation écrite de la demande d'IVG, respect du délai de réflexion, autorisation parentale ou attestation de la désignation d'un majeur référent...

Prise en charge des mineures

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) mais elles sont mineures.

Ces informations, issues des inspections, recoupent les données émanant de l'enquête 2007 pilotée par la DREES précitée (9 structures sur 10 déclarent avoir la possibilité de prendre en charge des mineures sans consentement parental).

Echographies

Elles sont rarement réalisées lors des consultations préalables dans l'établissement (recommandation de la Haute Autorité de santé – HAS).

Pratiques professionnelles

Un médecin n'est pas toujours présent lors de la remise des médicaments s'agissant des IVG médicamenteuses, alors qu'il est légalement seul responsable de la réalisation de ces actes.

La recommandation HAS consistant à proposer, à l'occasion des consultations pré-IVG, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection VIH et un frottis cervico-vaginal, n'est pas toujours mise en œuvre.

Consultations post-IVG

Ces consultations sont dans l'ensemble peu suivies par les femmes mais 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 mais globalement, seulement 50 % des femmes se rendent à cette consultation.

L'accompagnement

L'accompagnement psycho-social est jugé insuffisamment proposé, selon les services d'inspection. Cette remarque illustre le constat fait par la DREES dans le cadre de son enquête 2007. Selon cette enquête, l'entretien pré-IVG n'est proposé que dans 33 % des établissements ; l'entretien post-IVG seulement dans 16 % des structures.

L'absence de centre de planification au sein du service chargé de pratiquer des IVG ou l'absence de convention passée avec un tel centre, souvent mentionnée par les services d'inspection, joue défavorablement sur la proposition d'accompagnement psycho-social.

4.3. L'IVG médicamenteuse en ville – impact sur l'activité d'IVG en établissements de santé

Dans l'ensemble, les équipes interrogées estiment que l'impact de la pratique d'IVG en ville est peu important, voire souvent, négligeable. Cette appréciation traduit le fait que peu d'IVG sont globalement réalisées hors des établissements de santé. L'enquête DREES précitée indique qu'en 2007, 37 % des structures avaient établi des conventions avec des médecins de ville. Ce pourcentage n'est pas négligeable mais il convient de remarquer que les statistiques issues de la CNAMTS indiquent un nombre d'actes par praticien, en moyenne, très peu élevé.

Il est fait état d'une absence de motivation des établissements de santé pour passer ces conventions, dès lors que la situation de l'accès à l'IVG est jugée globalement satisfaisante au niveau local. En outre, il existe des réserves exprimées par certaines équipes sur la pratique d'IVG réalisées hors établissement au motif qu'elle serait effectuée au détriment de l'activité de l'établissement. Cette position est un frein évident au développement de cette pratique.

Lorsque, dans une région, la pratique de l'IVG médicamenteuse hors établissement est plus développée, cette contribution est jugée positive à tous les niveaux.

Selon les services d'inspection, la coordination entre médecins de ville et médecins hospitaliers mérite d'être renforcée.

4.4. *Le financement de l'activité d'IVG en établissement de santé*

Les établissements de santé ont globalement une visibilité insuffisante des ressources et des dépenses liées à l'activité d'IVG, s'agissant des charges directes et indirectes. L'inspection a été parfois l'occasion pour les établissements de santé d'améliorer cette visibilité financière.

Lorsque les établissements de santé disposent d'une visibilité satisfaisante, il s'avère que pour une grande minorité d'entre eux, cette activité est en équilibre sur le plan financier, voire excédentaire, mais que pour la majorité d'entre eux, elle est déficitaire tant pour le secteur public que pour le secteur privé.

5. La politique d'établissement

Dans certaines régions, l'IVG figure dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de santé.

Il n'existe pas toujours une réelle visibilité ou une motivation de la part des directeurs d'établissements d'intégrer l'IVG dans la politique d'établissement. En effet, certains directeurs d'établissements indiquent ne pas avoir d'avis sur la politique d'établissement en matière de prise en charge des IVG.

Il n'y a bien souvent, de la part des établissements de santé, ni suivi des refus de prise en charge et de leurs motifs ni suivi des délais de fixation des rendez-vous. Cette absence de suivi ne permet pas à l'établissement de porter un jugement argumenté sur les conditions de réalisation de l'activité IVG et ne facilite donc pas son pilotage.

Cette absence de suivi de l'activité IVG s'accompagne souvent d'un manque de visibilité sur le plan financier.

6. Axes d'amélioration dégagés au niveau local

Les contrôles réalisés ont permis d'identifier différentes améliorations à apporter à la situation de chaque établissement de santé inspecté. Ces améliorations peuvent être regroupées en 9 points principaux :

1. Respecter la réglementation.
2. Rappeler les bonnes pratiques.
3. Renforcer le temps de travail des effectifs prenant en charge cette activité : recrutement (médical, paramédical, secrétariat) ou révision du temps médical (?) ou mutualisation des moyens.
4. Renforcer l'accessibilité (secrétariat, ligne dédiée, répondeur).
5. Améliorer l'aménagement des locaux (signalétique, respect de la confidentialité notamment).
6. Passer des conventions avec les centres de planification.
7. Améliorer l'information des femmes.
8. Développer certaines prises en charge : termes les plus tardifs, mineures, permettre le choix des méthodes.
9. Assurer une meilleure coordination avec la médecine de ville.

ANNEXE III

LE PROGRAMME DE COMMUNICATION 2009 SUR LA SEXUALITÉ ET LA CONTRACEPTION INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Les grands axes du programme

Contexte

En 2007, les grossesses non prévues représentent encore une grossesse sur trois. Parmi ces grossesses non prévues, deux sur trois surviennent chez des femmes utilisant une contraception.

206 300 IVG par an en France en 2006. Un chiffre stable et élevé depuis 30 ans malgré la diffusion massive des méthodes contraceptives médicalisées les plus efficaces (86 % des femmes).

Un taux de recours à l'IVG en augmentation continue chez les mineures et les femmes de moins de 20 ans, et ce malgré le développement de la contraception d'urgence.

Programme de communication sexualité contraception 2009

Les objectifs de santé publique

Réduire le nombre de grossesses non désirées en faisant la promotion du bon usage de la contraception.

Réduire les comportements sexuels à risque (de grossesse non prévue, de violence ou d'IST) chez les adolescents.

Les publics prioritaires

Les jeunes de 15-18 ans qui font leur entrée dans la sexualité et la contraception.

Les jeunes adultes, hommes, femmes (18-30 ans), déjà expérimentés en matière de contraception. Les populations vivant dans les DOM.

Les enjeux et objectifs de la communication

(Re)mobiliser le grand public et les adolescents autour de la contraception en rappelant les enjeux : éviter une grossesse quand on ne l'a pas décidée.

Informers les adolescents qui font leur entrée dans la sexualité et les jeunes adultes, notamment sur l'importance du choix.

Inscrire la contraception au cœur de la vie affective et sexuelle.

Axe 1 : sensibiliser et remobiliser sur les enjeux de la contraception

Remobiliser les jeunes adultes et les adolescents sur la contraception

Deux films seront diffusés à la TV et sur le web à partir du 15 septembre 2009 en direction des 15-30 ans. Le dispositif de communication comprendra aussi des bannières publicitaires.

Des spots radio seront diffusés à partir du 15 septembre, en direction des 15-30 ans.

Axe 2 : informer

Informers les adolescents en inscrivant la contraception au cœur de la vie affective et sexuelle

En fil rouge toute l'année, promotion du site www.onsexprime.fr et de la web TV, afin d'en faire la référence en matière de culture sexuelle des jeunes.

Rediffusion des programmes courts *La Répét-Amour et comédie* du 30 mars au 20 octobre sur M6 et W9.

Les chroniques radio sous forme d'interviews de comédiens, réalisées et diffusées en partenariat avec Skyrock, en avril-mai pour valoriser les programmes courts.

Un dispositif spécifique pour les jeunes adolescents, en cours d'élaboration, pour la fin 2009-premier trimestre 2010, sur le web.

Informers les adolescents en inscrivant la contraception au cœur de la vie affective et sexuelle.

Informers les jeunes adultes et le grand public en insistant sur l'importance du choix, condition d'un bon usage de la contraception :

- www.onsexprime.fr : un site internet référent pour répondre aux questions des ados sur la sexualité ;
- www.choisirsacontraception.fr.

En direction des adolescents vivant dans les DOM : une série de programmes courts TV, Lova & Lova, pour aborder de manière transversale la prévention des risques liés à la sexualité (2010). Informer les adolescents en inscrivant la contraception au cœur de la vie affective et sexuelle.

*Informer les jeunes adultes et le grand public,
en insistant sur l'importance du choix*

Il s'agira de poursuivre le travail d'information sur la diversité de l'offre contraceptive pour aider les femmes et les couples à choisir la contraception qui leur convient le mieux.

Refonte du site internet www.choisirsacontraception.fr, qui sera actualisé et enrichi de nouveaux contenus vidéos (témoignages d'utilisatrices de différentes méthodes contraceptives, etc.). La nouvelle version du site sera promue à partir du 15 septembre lors des campagnes TV, radio et web.

Une déclinaison du site choisirsacontraception sur les téléphones mobiles à partir du 15 septembre.

*Informer spécifiquement les jeunes vivant dans les DOM en abordant
de manière transversale la prévention des risques liés à la sexualité*

Une série de programmes courts TV, Lova & Lova (premier semestre 2010).