

Circulaire DGS/SD 6D/DHOS n° 2003-356 du 16 juillet 2003 relative à la mise en oeuvre des recommandations du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

16/07/2003

Date d'application : immédiate.

Références :

[Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001](#) relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ;
[Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001](#) relative à la mise en oeuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ;
[Circulaire DHOS/O1/DGS/SD 6 D n° 2002-350 du 14 juin 2002](#) relative à l'organisation et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans les établissements de santé publics et privés en période estivale.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information et mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information, mise en oeuvre et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements (pour mise en oeuvre)

Le rapport du groupe national d'appui à l'application de la [loi du 4 juillet 2001](#) relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a été mis en ligne sur le site internet du ministère, suite à sa remise au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées (<http://www.sante.gouv.fr>.)

I. - LE GROUPE D'APPUI

Les conditions de mise en oeuvre des dispositions de la [loi du 4 juillet 2001](#) ont fait l'objet d'un examen attentif de la part du groupe national d'appui, composé de parlementaires (une députée, une sénatrice), et de professionnels (praticiens, représentants d'établissements de santé publics et privés, associations...) et présidé par un représentant de l'inspection générale des affaires sociales.

Cette instance, dont la création a été sollicitée par les parlementaires lors du vote de la [loi du 4 juillet 2001](#) pour veiller aux conditions de l'intégration, voulue par le législateur, des structures autonomes pratiquant des IVG au sein des structures médicales de droit commun des établissements de santé, a, dans le cadre d'une mission élargie, examiné l'ensemble des difficultés d'application du texte législatif. Certains de ses membres se sont en outre déplacés sur le terrain, en fonction des difficultés d'application de la loi, afin de rencontrer les acteurs au plan local.

II. - LE RAPPORT DU GROUPE D'APPUI

Le rapport comporte :

- quelques données globales chiffrées sur l'IVG en France ;
- 10 chapitres consacrés aux réflexions du groupe d'appui, suivis de 10 fiches techniques de recommandations.

Les recommandations ne visent pas à modifier en profondeur le dispositif mais à l'améliorer.

L'accès à l'IVG demeure globalement difficile et tout particulièrement dans certaines régions (notamment Ile-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur). La situation risque de s'aggraver dans les années à venir, compte tenu des perspectives de la démographie médicale et du départ progressif en retraite de la génération des médecins qui s'est mobilisée pour le vote de la loi Veil et a accompagné sa mise en oeuvre. Au regard de ces perspectives, le groupe d'appui envisage différentes pistes susceptibles d'améliorer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, l'information du public sur l'IVG et la contraception.

III. - LA MISE EN OEUVRE DES RECOMMANDATIONS

Les services du ministère s'attachent à prendre, le plus rapidement possible, les mesures nécessaires à la mise en oeuvre des recommandations touchant d'une part à l'adaptation des systèmes de recueil des données relatives aux IVG et d'autre part aux modifications des textes réglementaires nécessaires pour permettre l'application, dans de bonnes conditions, de l'ensemble des dispositions de la [loi du 4 juillet 2001](#), notamment la possibilité de réaliser des IVG hors des établissements de santé.

Nous attirons tout particulièrement votre attention sur les recommandations qui requièrent de votre part des efforts accrus en matière d'organisation de l'activité d'IVG au sein des établissements de santé, d'amélioration des dispositifs d'information du public.

1. L'organisation de l'activité d'IVG au sein des établissements de santé

Les recommandations sont les suivantes :

- les secrétariats des établissements de santé doivent être formés et sensibilisés à l'accueil et à l'orientation des femmes. L'objectif est qu'un premier rendez-vous soit donné dans les cinq jours, ainsi que le prévoient les recommandations de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). Un secrétariat avec une ligne spécifique devrait être dédié au service d'IVG lorsque l'activité le justifie ;

- il est nécessaire que le bloc opératoire (salle d'opération et salle de réveil) soit organisé afin qu'une plage horaire soit réservée aux IVG, ce qui améliorera la prise en charge rapide des actes et notamment ceux afférents aux termes les plus tardifs (10-12 semaines de grossesse). Les chefs de service concernés ainsi que le conseil du bloc opératoire sont incités à veiller à une programmation concertée du plateau technique, qui garantisse un accès à l'activité d'IVG ;

- la technique médicamenteuse, qui ne nécessite ni hospitalisation ni plateau technique doit être développée dès lors qu'elle correspond au choix de la femme concernée ;

- certaines régions ont intégré l'IVG aux volets « périnatalité » de leur schéma régional d'organisation des soins. Les agences de l'hospitalisation doivent poursuivre cette démarche dans les travaux à venir et prévoir l'organisation de la prise en charge des IVG dans leur région, notamment lorsque cela n'a pas été le cas en 1999. Les travaux des commissions régionales de la naissance consacrés à ce sujet doivent également être poursuivis ;

- la continuité de la prise en charge en période de vacances, notamment estivales, doit être assurée. Chaque année, depuis 1998, une circulaire vous est adressée, vous invitant à assurer une coordination entre les établissements de santé afin de maintenir dans des conditions acceptables cette mission de service public. Il est indispensable que l'organisation de cette activité en période estivale fasse l'objet d'une concertation préalable d'une part, au sein des établissements de santé, entre les professionnels concernés, et d'autre part, entre tous les établissements de santé d'un même secteur sanitaire prenant en charge les IVG, sous la responsabilité des DRASS et des ARH. Vous procéderez en cours d'été à la vérification du bon fonctionnement du dispositif d'orientation et de la qualité de l'accueil et de la prise en charge par les établissements de santé concernés et rendrez compte à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (bureau O1) d'éventuelles difficultés ou de dysfonctionnements particuliers.

2. Faciliter la prise en charge des IVG des 11e et 12e semaines de grossesse

Le groupe d'appui estime que les IVG afférentes à cette période sont progressivement prises en charge dans de nombreux centres et services. Toutefois, des progrès restent à réaliser. Le rapport du groupe national d'appui recommande qu'au moins un établissement par département assure cette prise en charge. Toutefois, dans l'attente de la généralisation de cette prise en charge par l'ensemble des établissements de santé concernés, les ARH et les DRASS doivent s'assurer que les IVG de la période 10-12 semaines de grossesse sont réalisées par plusieurs établissements de santé sur la région, répartis de manière à assurer l'accès aux soins des femmes.

Le groupe préconise la mise en place, au niveau régional, de formations de type « compagnonnage » en direction des médecins souhaitant recevoir les informations techniques nécessaires à la pratique des IVG de la période 10-12 semaines <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssd-6ddhos-n-2003-356-du-16-juillet-2003-relative-a-la-mise-en-oeuvre-des-recommandations-du-groupe-national-dappui-a-lapplication-de-la-loi-du-4-juillet-2001-relative-a-lin/>

de grossesse et reposant sur le repérage d'une équipe de 2 ou 3 médecins expérimentés, volontaires pour entreprendre une formation de leurs confrères en utilisant des outils adaptés.

La [circulaire DHOS/DGS du 14 juin 2002](#) demandait aux DRASS de développer des actions de formation en direction des médecins, selon les modalités qui leur paraissaient les plus appropriées. Des démarches de formation de type « compagnonnage » étaient recommandées. La circulaire n° 2003/36 du 16 janvier 2003 (DNO 2003) demandait, par ailleurs, la poursuite de ces actions en 2003. Les DRASS voudront bien transmettre à la Direction Générale de la Santé (bureau SD6D), un état des formations organisées en 2002 et 2003 dans ce cadre avant le 5 septembre 2003 (nombre d'actions de formations entreprises, nombre des médecins ayant participé à ces formations, nombre d'actions envisagées).

Par ailleurs, dans le cadre de ses rencontres avec les professionnels, le groupe d'appui a constaté une connaissance insuffisante des recommandations de l'ANAES diffusées en mars 2001 sur la prise en charge des IVG jusqu'à 12 semaines de grossesse. Je vous prie de trouver, ci-joint, un exemplaire de ces recommandations, afin de renouveler la diffusion déjà effectuée dans le cadre de publication de la [circulaire du 28 septembre 2001](#) relative à la mise en oeuvre de la [loi du 4 juillet 2001](#). Ces recommandations figurent également sur le site internet de l'ANAES.

3. Dégager les conditions satisfaisantes d'une intégration des centres autonomes dans le droit commun hospitalier

Le groupe préconise quelques solutions pratiques pour mettre en oeuvre l'article 8 de la [loi du 4 juillet 2001](#) et faciliter une intégration fonctionnelle des centres autonomes dans le droit commun de l'organisation hospitalière. Dans les établissements de santé qui sont tenus d'assurer l'activité d'IVG, le chef de service concerné doit, comme pour toutes les activités médicales, assurer l'accueil et la prise en charge de l'IVG dans son service, même s'il invoque la clause de conscience pour refuser de les pratiquer à titre personnel. La réorganisation des centres IVG ne doit pas se faire au détriment de cette activité. Elle doit apporter toutes les garanties de qualité et de sécurité de la prise en charge et poursuivre un objectif qualitatif en assurant la continuité du service public. A cette fin, l'activité d'IVG doit être articulée avec les activités d'information à la sexualité, de planification familiale et de contraception. Le chef du service dans lequel elle s'exerce doit intégrer l'activité d'orthogénie dans le projet de service mentionné à l'article L. 6146-5 du CSP, en précisant les moyens humains et matériels qui y sont consacrés, et en évaluant notamment le respect des bonnes pratiques élaborées par l'ANAES. Cette activité doit être organisée avec un personnel volontaire, animé par un projet médical commun. Dans la mesure du possible, les praticiens assurant l'activité d'orthogénie doivent pouvoir bénéficier d'un statut stable dans les établissements publics. L'article susmentionné du code de la santé publique prévoit que le chef de service établit tous les deux ans un rapport d'activité et d'évaluation remis au directeur et au président de la commission médicale d'établissement. Ce rapport devra comporter une évaluation de la qualité de la prise en charge des IVG par le service, comportant au minimum les informations précisées sur la fiche jointe en annexe.

Les ARH transmettront à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (bureau O1) un état des lieux des conditions de prise en charge des IVG et du mode d'organisation des structures les pratiquant, selon le modèle joint en annexe, avant le 5 septembre 2003.

4. Améliorer l'information

L'entretien psycho-social :

Il convient de veiller aux modalités d'organisation de l'activité relative aux entretiens. Il est constaté que la proximité des lieux de consultation et d'entretien favorise le dialogue établi dans les équipes, notamment entre médecins et personnels assurant les entretiens ainsi que la présence de ces derniers sur les lieux où sont réalisées les consultations médicales. Par ailleurs, les facilités apportées à la prise des différents rendez-vous médicaux favorisent la proposition d'un entretien.

Les dispositifs d'information :

L'information du public sur l'IVG ne doit pas être strictement liée à la demande d'intervention, elle doit être générale, préventive et s'adresser à tous.

L'objectif de réduction des grossesses non désirées rend nécessaire le renforcement des dispositifs plus globaux relatifs à l'éducation à la sexualité et à l'information sur la contraception.

L'éducation à la sexualité :

La multiplication des séances obligatoires d'éducation à la sexualité, prévue par la [loi du 4 juillet 2001](#) sur l'ensemble du cursus scolaire (au moins trois séances annuelles), nécessite un appel accru à des intervenants extérieurs aux établissements scolaires et tout particulièrement aux conseillers conjugaux et familiaux dont le champ de compétences recouvre la mise en oeuvre d'actions collectives sur ce sujet. Les partenariats entre les services de l'éducation nationale et les DRASS, DDASS, mis en place en application des recommandations de la circulaire Education nationale n° 2003-207 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité, peuvent constituer pour les services déconcentrés du ministère, le cadre du soutien à apporter aux interventions précitées ou de l'information actualisée à donner sur les nouvelles dispositions adoptées en matière de contraception des mineurs.

L'information sur la contraception :

De nombreux professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmières scolaires...) et des structures variées (établissements de santé, centres de planification ou d'éducation familiale, établissements d'information, de consultation et de conseil familial, associations...) sont habilités à répondre aux besoins de la population en matière d'information sur la contraception ou à mettre en oeuvre les dispositions spécifiques concernant les mineurs sur ce sujet (accès gratuit et anonyme à la contraception d'urgence dans les pharmacies, accès gratuit et anonyme concernant tous les moyens de contraception dans les centres de planification ou d'éducation familiale). Cependant, les modalités d'accès à ces professionnels sont disparates et la répartition géographique des structures sur le territoire est inégale. Il apparaît important que les DDASS veillent à ce que l'accès aux différents dispositifs soit effectif pour l'ensemble de la population de chaque département et recherchent, le cas échéant, des solutions alternatives en collaboration avec les collectivités territoriales (cf. fiche 5 du rapport). Le recensement des lieux d'information à la contraception qui a été demandé par mes services à tous les départements constitue un élément indispensable de l'état des lieux à réaliser pour effectuer cette vérification.

La place des permanences téléphoniques d'information relatives à l'IVG et à la contraception doit être affirmée et leur efficacité améliorée, notamment par la mise à leur disposition d'informations actualisées par les établissements de santé et les DRASS (information, orientation). Le rôle accru de ces structures, constaté dans le cadre du bilan de leur fonctionnement réalisé en novembre 2002 et transmis récemment aux DRASS doit donc être conforté.

Vous voudrez bien nous faire part des difficultés qu'appelle la mise en oeuvre des recommandations contenues dans le rapport élaboré sur la base des travaux du groupe national d'appui.

Pour le ministre et par délégation,
Par empêchement du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins :
Le chef de service, J. Debeaupuis
Pour le ministre et par délégation,
Par empêchement du directeur général de la santé :
Le chef de service, Dr Y. Coquin

Région

Il vous est demandé de réaliser pour le 5 septembre 2003 une synthèse régionale des conditions de prise en charge des IVG. Vous nous transmettez également une liste exhaustive des établissements de santé qui les pratiquent précisant leur numéro Finess géographique.

1. Nombre d'établissements publics et privés participant au service public hospitalier pratiquant des IVG
2. Nombre d'établissements privés (hors PSPH) pratiquant des IVG
3. Parmi ces établissements, nombre refusant les IVG au-delà de 12 semaines d'aménorrhées

Activité en 2002

4. Nombre d'IVG
 - médicamenteuse
 - chirurgicale :
 - sous anesthésie générale
 - sous anesthésie locale
5. Nombre d'IVG pratiquées au-delà de 12 semaines d'aménorrhées*
6. Nombre de mineures prises en charge pour une IVG en 2002
7. Délai pour obtenir un RDV :
 - délai moyen de prise en charge au mois d'octobre 2002*
 - délai moyen de prise en charge au mois d'août 2003

8. Nombre de refus de prise en charge en octobre 2002*

* NB : item facultatif dans la SAE 2002

Organisation des structures assurant les IVG

9. Nombre d'unité(s) autonome(s) placée(s) sous la responsabilité directe du directeur d'établissement

10. Nombre d'unité(s) fonctionnelle(s) au sein d'un service hospitalier

- dans un service de gynécologie obstétrique

- dans un service de chirurgie

11. Nombre de service(s) hospitalier(s) assurant les IVG

- de gynécologie obstétrique

- de chirurgie

12. Nombre de service(s) hospitalier(s) d'orthogénie

Localisation de la structure

Nombre de structures situées :

13. Dans les mêmes locaux que ceux du service auquel elle appartient

14. Dans des locaux distincts sur un même site géographique

15. Sur un site géographique différent de son établissement de rattachement