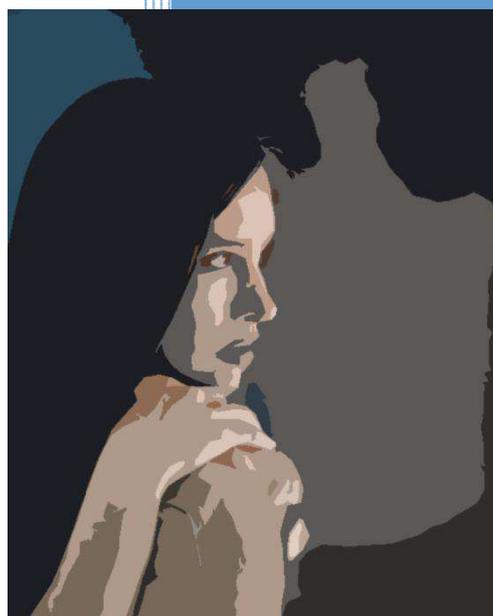


Parcours de santé

2012



**et interruption volontaire
de grossesse**

SOMMAIRE

1- INTRODUCTION.....	5
2- CADRE JURIDIQUE.....	9
3- RECOMMANDATIONS ANAES / HAS 2001 MODIFIEES 2010.....	13
3.1. Les techniques d'IVG en fonction de l'âge gestationnel	13
3.1.1. La technique chirurgicale	13
3.1.2. La prise en charge de l'IVG médicamenteuse	14
3.2. La qualité du parcours	14
3.2.1. Structures de prise en charge des IVG, équipement et personnel	14
3.2.2. Accueil, organisation	15
3.2.3. Consultations pré-IVG	15
4. LA SITUATION EN FRANCE ET EN ÎLE-DE-FRANCE.....	20
4.1. Les IVG en France région par région	20
4.2. Sur la région Ile-de-France en 2010	23
5- LES PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES ET LES PROPOSITIONS DE L'AGENCE POUR AMELIORER CE PARCOURS DE SANTE.....	32
5.1. Une absence de réflexion commune entre les très nombreux partenaires concernés par cette prise en charge	32
5.2. Un accès à une prévention de qualité insuffisamment évaluée.....	33
5.3. Un accès à l'information insuffisant	34
5.4. Un accès à une première consultation en moins de cinq jours difficile à évaluer	35
5.5. Des inégalités d'accès.....	36
5.5.1. Un accès géographique à évaluer plus finement.....	36
5.5.2. Un accès financier différent selon l'entrée dans le parcours de santé	39
5.5.3. Un accès à un choix partiel dans certains établissements	40
5.5.4. Un accès à l'IVG jusqu'à 14 SA jugé insatisfaisant	44
5.5.5. Un accès aux examens complémentaires au sein des établissements très inégal.....	46
5.6. Les restructurations / les regroupements.....	46
5.7. Evaluation du dispositif.....	47
5.7.1. Un recueil de la parole des femmes trop insuffisant.....	47
5.7.2. Une appréciation des capacités de réponses opérationnelles du dispositif de prise en charge insuffisante	47
5.7.3. Une sous exploitation des enquêtes au sein de l'Agence	47

6. CONCLUSION.....	52
IVG / Recommandations.....	56
ANNEXE 1 : lettre de mission.....	61
ANNEXE 2: les personnes rencontrées	62
ANNEXE 3 : relecteurs en interne	64

Introduction

1- INTRODUCTION

Un des trois défis que l'Agence Régionale de Santé (ARS) a fixé dans son plan stratégique est celui d'adapter les parcours de santé aux besoins des Franciliens en veillant à la qualité de ces parcours.

En lien avec l'élaboration du schéma régional de périnatalité, la réflexion a porté sur la qualité du parcours de santé de la femme ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Le focus ayant été mis sur la lisibilité, l'accessibilité et la fluidité de ce parcours de santé ainsi que sur la qualité de l'information, des conditions d'accueil et d'accompagnement de la femme dans les structures proposant des interruptions volontaires de grossesse.

La méthode retenue a été d'aller à la rencontre de chacune des associations (de professionnels, de paroles de femmes, de représentants des usagers, de mobilisation des femmes) impliquées dans la thématique et recueillir les dysfonctionnements ou problèmes identifiés sur ce parcours, en réalisant des entretiens, puis de restituer la synthèse en réunion plénière.

Améliorer ce parcours de santé nécessitera d'imaginer des modalités de coopération notamment entre les usagers, les associations, les réseaux, les professionnels de santé impliqués dans l'accueil, la prise en charge et le suivi de ces femmes et l'Agence.

Cadre juridique

2- CADRE JURIDIQUE

La loi du 4 juillet 2001 modifie la loi de 1975 et inscrit l'IVG dans le code de la santé publique. On y retrouve notamment les points suivants :

le délai d'accès à l'IVG est allongé de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (article L2212-1 du Code de la santé publique)

l'accès est facilité pour les mineures en permettant de pratiquer une IVG sans autorisation parentale (article L2212-7 du CSP)

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

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

les établissements publics de santé qui disposent de lits ou de places en gynécologie obstétrique ou en chirurgie, 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. L'objectif n°97, inscrit dans le rapport annexé à la loi, indique 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 ». Cette même loi autorise les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale après l'accouchement ou après une interruption volontaire de grossesse.

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 2008, pour faciliter l'accessibilité à cette offre de soin, 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.

Les recommandations ANAES / HAS 2001

modifiées 2010

3- RECOMMANDATIONS ANAES / HAS 2001 MODIFIEES 2010

3.1. Les techniques d'IVG en fonction de l'âge gestationnel

A chaque fois que cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale.

Les IVG peuvent être réalisées par voie médicamenteuse (jusqu'à 7 SA en ville et 9 SA en établissements de santé) ou par voie chirurgicale (jusqu'à 14 SA depuis la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et la contraception).

		Etablissements de santé	Centres de planification et d'éducation familiale	Centres de santé	Libéraux (gynécologues ou généralistes)
IVG médicamenteuse	Jusqu'à 7 SA	X	X	X	X
	Jusqu'à 9 SA	X			
IVG chirurgicale jusqu'à 14 SA	sous anesthésie locale	X			
	sous anesthésie générale	X			

3.1.1. La technique chirurgicale

La technique chirurgicale repose sur la dilation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration. Cette technique est réalisée uniquement en établissement de santé. Ce geste peut se faire sous anesthésie locale (AL) ou sous anesthésie générale (AG) (en fonction des contre-indications ou du choix de la patiente). La technique chirurgicale expose à un risque d'échec inférieur à la méthode médicamenteuse.

3.1.2. La prise en charge de l'IVG médicamenteuse

L'IVG médicamenteuse peut se faire soit en établissement de santé jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée (SA) (recommandations de la Haute Autorité de Santé 2010) avec ou sans hospitalisation, soit hors établissement de santé par des médecins libéraux ou des médecins des centres de santé ou de planification et d'éducation familiale (CPEF) jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée (ils doivent justifier d'une expérience professionnelle adaptée et avoir passé une convention avec un établissement de santé autorisé). L'IVG médicamenteuse est responsable de douleurs. L'efficacité des traitements antalgiques proposés dans cette prise en charge a été très peu évaluée. Le taux de grossesses évolutives est de l'ordre de 1%.

3.2. La qualité du parcours

3.2.1. Structures de prise en charge des IVG, équipement et personnel

En France, la prise en charge en établissement des IVG peut être assurée par trois types de structures : des centres autonomes réalisant des IVG, des unités dédiées à l'IVG fonctionnant dans le cadre d'un service hospitalier (bénéficiant de personnels et de locaux spécifiques) et des activités d'IVG pratiquées au sein d'un service de l'établissement (sans affectation spécifique de moyens financiers et humains).

Les structures de prise en charge des IVG doivent être en nombre suffisant dans chaque département pour permettre l'accueil correct et dans des délais rapides de toutes les demandes (rendez-vous de consultation dans les cinq jours suivant son appel). Les structures d'IVG fonctionnent chaque semaine, sans interruption, pendant toute l'année.

Les IVG entre 12 et 14 SA doivent être prises en charge dans une structure disposant d'un plateau technique chirurgical. Ces structures doivent être désignées et connues de tous les centres d'accueil des IVG au sein de chaque département.

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

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

3.2.2. Accueil, organisation

Un accès à l'IVG simple et rapide.

Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les cinq jours suivant son appel. Plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible. La précocité de réalisation permet également un choix plus large de techniques utilisables.

Une permanence téléphonique continue.

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

Une information simple, rapide et identifiable.

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

3.2.3. Consultations pré-IVG

Lors de la première consultation, des informations claires et précises sont apportées à la patiente sur la procédure (méthode médicamenteuse ou chirurgicale) et les choix offerts de recours à l'anesthésie locale ou générale, ainsi que sur le temps de réflexion obligatoire de minimum sept jours (délai pouvant être réduit à 48 heures s'il existe un risque de dépassement du délai légal). Outre cette information orale, les professionnels établissent et mettent à la disposition des patientes des documents d'information écrits.

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

Cet entretien est obligatoire pour les mineures.

L'âge gestationnel de la grossesse est précisé par l'interrogatoire, l'examen clinique ; le recours à une échographie doit être possible sur place lors de la consultation.

La consultation pré-IVG est l'occasion de proposer, selon le contexte clinique, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection par le VIH et des frottis cervico-vaginaux de dépistage.

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

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

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

La situation en France et en Île-de-France

4. LA SITUATION EN FRANCE ET EN ÎLE-DE-FRANCE

40% des femmes en France auraient recours à l'interruption volontaire de grossesse à un moment donné de leur vie. Si l'interruption volontaire de grossesse reste un évènement exceptionnel dans la vie d'une femme, elle constitue une composante conjoncturelle de la vie sexuelle et doit être prise en compte en tant que telle¹.

4.1. Les IVG en France région par région

Tableau 1 - les Interruptions Volontaires de Grossesse en 2008 et 2009 en France

Région	2008				2009			
	Nbre total d'IVG	% d'IVG en ville	Taux d'IVG pour 1000 femmes de 15-49 ans	Taux d'IVG pour 1000 femmes mineures	Nbre total d'IVG	% d'IVG en ville	Taux d'IVG pour 1000 femmes de 15-49 ans	Taux d'IVG pour 1000 femmes mineures
Ile-de-France	55 562	17,3	18,5	12,6	56 347	18,4	18,7	13,6
Champagne-Ardenne	3 512	2,8	11,5	11,1	3 581	3,8	12,0	9,7
Picardie	5 513	4,4	12,4	12,7	5 372	5,8	12,2	12,4
Haute Normandie	5 155	11,9	12,2	10,7	5 285	13,7	12,5	10,3
Centre	6 766	4,9	12,1	9,6	6 627	5,7	12,0	10,1
Basse Normandie	3 675	2,3	11,5	10,2	3 455	2,3	10,9	9,8
Bourgogne	4 010	2,9	11,4	9,6	4 048	3,5	11,6	9,8
Nord Pas de Calais	12 288	2,3	12,7	13,0	12 421	3,2	13,0	12,5
Lorraine	6 687	0,1	12,3	10,4	6 579	0,3	12,2	10,2

¹ Roussier C., Toumelon L, Proux F. « évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 » Population, INED, n°3, volume 64, 2009, pages 495-530

Alsace	4 813	4,2	10,9	8,8	5 046	4,0	11,4	8,0
Franche-Comté	3 295	9,1	12,6	9,4	3 177	11,4	12,2	10,4
Pays de la Loire	8 296	0,4	10,5	8,5	8 390	0,5	10,6	8,8
Bretagne	8 030	3,4	11,7	8,7	7 569	4,6	11,0	8,6
Poitou-Charentes	4 297	7,0	11,5	9,3	4 168	8,0	11,2	10,1
Aquitaine	9 965	13,9	14,1	10,6	9 663	14,7	13,6	9,7
Midi-Pyrénées	8 984	6,2	14,1	10,2	9 005	8,1	14,1	9,7
Limousin	1992	0,2	13,0	10,5	1 949	0,0	12,8	11,0
Rhône-Alpes	1825 2	10,8	12,7	8,8	18 585	11,3	12,9	8,6
Auvergne	3 209	6,4	11,1	9,5	3 333	7,0	11,7	9,7
Languedoc-Roussillon	10 380	5,5	17,9	13,2	10 409	6,2	18,0	13,4
PACA	23 277	13,2	21,0	14,6	22 971	15,5	20,8	14,8
Corse	1 289	10,9	19,0	12,3	1 288	13,6	18,8	7,9
France métropolitaine	209 247	9,8	14,5	11,0	209 268	10,8	14,5	11,1
Guadeloupe	4270	11,3	41,6	34,3	4 022	12,0	39,0	29,0
Martinique	2618	0,0	25,3	22,5	2 302	0,0	22,5	19,1
Guyane	2106	11,7	36,2	37,2	2 143	27,0	36,3	42,5
Réunion	4564	20,0	20,9	25,7	4 402	20,5	20,0	19,9
Total DOM	13 558	12,1	28,1	28,3	12 869	15,3	26,5	24,6
France entière	222 805	9,9	14,9	11,7	222 137	11,1	14,9	11,6

Sources : DRESS - SAE, PMSI (DREES), Erasme (CNAM-TS), INSEE

Un peu plus de 222 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France en 2008 ainsi qu'en 2009. Le nombre des IVG, qui avait amorcé une légère baisse en 2007 et de 2008, s'est stabilisé en 2009. Avec 15 IVG pour 1 000 femmes, la France se situe dans la moyenne européenne, très au-dessus cependant de l'Allemagne ou des Pays-Bas, plus proches de 6 IVG pour 1000 femmes.

En 2009, le taux de recours à l'IVG pour les 20-24 ans est de 33,8 pour mille femmes en âge de procréer. Pratiquement 62 % des IVG concernent les femmes de moins de 30 ans dont 25,5 % ont entre 20 et 24 ans.

Tableau 2 - Les IVG en 2010

Régions	IVG hospitalières	Forfaits remboursés en centre de santé, centre de planification ou d'éducation familiale	Forfaits remboursés en ville	Total IVG réalisées	IVG pour 1000 femmes de 15-49 ans	IVG pour 1000 femmes mineures
Île-de-France	43 643	546	11 678	55 867	18,6	12,7
Champagne-Ardenne	3 422	0	171	3 593	12,1	11,6
Picardie	4 876	0	326	5 202	11,9	12,3
Haute-Normandie	4 662	5	945	5 612	13,4	10,7
Centre	6 330	10	434	6 774	12,3	10,9
Basse-Normandie	3 382	0	156	3 538	11,3	8,9
Bourgogne	3 958	0	172	4 130	12,0	9,2
Nord - Pas-de-Calais	11 981	0	531	12 512	13,2	12,7
Lorraine	6 335	200	15	6 550	12,2	9,5
Alsace	4 828	3	155	4 986	11,4	8,4
Franche-Comté	2 884	0	385	3 269	12,7	9,7
Pays de la Loire	8 417	0	48	8 465	10,7	9,4
Bretagne	7 636	41	405	8 082	11,8	8,8
Poitou-Charentes	4 001	0	313	4 314	11,7	9,6
Aquitaine	8 079	214	1 671	9 964	14,1	10,6
Midi-Pyrénées	8 387	34	775	9 196	14,4	10,5
Limousin	1 964	0	1	1 965	13,1	10,7
Rhône-Alpes	16 332	105	2 337	18 774	13,0	9,2

Auvergne	3 135	0	257	3 392	12,0	10,5
Languedoc-Roussillon	9 962	0	818	10 780	18,7	14,4
PACA	19 505	218	3 966	23 689	21,7	15,3
Corse	1 143	0	188	1 331	19,4	15,3
France métropolitaine	184 862	1 376	25 747	211 985	14,7	11,3
Guadeloupe	3 826	0	562	4 388	43,3	31,0
Martinique	2 236	0		2 236	22,3	21,4
Guyane	1 345	0	824	2 169	36,1	28,9
Réunion	3 268	0	1 081	4 349	19,6	19,0
Total DOM	10 675	0	2 467	13 142	27,2	23,7
France entière	195 537	1 376	28 214	225 127	15,1	11,8

Note : Les taux de recours des mineures concernent les IVG de moins de 18 ans, rapportées aux femmes âgées de 15 à 17 ans, alors que le tableau 2 ne concerne que les IVG concernant des femmes de 15 à 17 ans.

Sources : SAE, PMSI (DREES), Erasme (CNAM-TS), INSEE.

En 2010, 225 000 IVG ont été réalisées en France dont 212 000 en métropole. Le taux de recours à l'IVG est de 14,7 IVG en métropole pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Parmi les femmes de 20 à 24 ans, il demeure le plus élevé soit 26,9 IVG pour 1 000. En France métropolitaine, une IVG sur quatre est pratiquée en Ile-de-France et 45 % des IVG médicamenteuses en ville et en centre de santé et CEPF sont pratiquées en région parisienne.

4.2. Sur la région Ile-de-France en 2010

1/4 des IVG du territoire national est réalisé sur la région.

Plus d'une IVG sur deux est médicamenteuse et une IVG sur cinq est réalisée en médecine de ville.

Sur un total de 55 867 IVG :

- 53,2 % des IVG ont été réalisées par méthode médicamenteuse (29 717 IVG) :
 - 39,3 % des IVG médicamenteuses pratiquées par un professionnel exerçant en ville (11 678). En 2010, sur la région, on comptait 256 gynécologues et 111 omnipraticiens libéraux ayant pratiqué des IVG. En Ile-de-France, 6126 patientes ont été prises en charge par des médecins de ville du réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO), qui contribue à améliorer la qualité de cette prise en charge notamment en formant les professionnels de santé,
 - 58,9 % des IVG médicamenteuses réalisées en établissement de santé (17 493 IVG),
 - 1,8 % des IVG médicamenteuses réalisées en centres de planification et d'éducation pour la famille et centres de santé (546 IVG).

- 46,8 % des IVG ont été réalisées par méthode chirurgicale (26 150 IVG) :
 - 29,3% réalisées sous anesthésie locale (7 652 IVG),
 - 70,7% réalisées sous anesthésie générale (18 498 IVG).

Sur un total de 55 867 IVG :

- 61,5% des IVG concernent les femmes âgées de moins de 30 ans (34 373)
- 5,1 % des IVG concernent les mineures (2 862 dont 116 chez les jeunes filles de moins de 15 ans)
- 78,1 % des IVG sont réalisées en établissements de santé (43 643)
 - 27,6 % des IVG en établissements de santé sont réalisées au sein des établissements de l'AP-HP (11 831 IVG)

Sur la région, le taux de recours à l'IVG est de 18,5 IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer :

La Seine-Saint-Denis : 24,8 pour 1 000 femmes

Paris : 23,9 pour 1 000 femmes

Au total, 106 établissements de santé proposent la prise en charge de l'IVG en 2010.

Le profil des femmes ayant recours à une IVG

Tableau 3 - Nombre d'IVG et taux de recours selon l'âge

	2008	2009	2010
Total IVG	57 282²	56 347	55 867
15-19 ans	7 443	7 304	7 094
dont 15-17 ans	2 830	2 909	2 746
dont 18-19 ans	4 612	4 395	4 348
20-24 ans	14 446	14 334	13 837
25-29 ans	13 451	13 060	13 328
30-34 ans	10 537	10 222	10 409
35-39 ans	7 595	7 544	7 457
40-44 ans	3 217	3 233	3 224
45-49 ans	336	410	393
15-49 ans	57 024	56 108	55 741

² Les données SAE 2008 – 55 562 DREES diffèrent de celles calculées par l'ARS -57 282 car l'exploitation a été faite sur la base statistique (base redressée) alors que la DREES a travaillé sur la base administrative (vu avec Annick Vilain de la DREES).

Taux de recours (pour 1 000 femmes dans chaque groupe d'âges)			
15-19 ans	20,4	19,8	19,5
20-24 ans	34,5	33,8	32,2
25-29 ans	28,8	28,1	28,7
30-34 ans	23,3	23,0	23,5
35-39 ans	17,0	16,6	16,5
40-44 ans	7,4	7,4	7,5
45-49 ans	0,8	1,0	0,9
15-49 ans	19,1	18,7	18,5

Sources³ : SAE/PMSI, ErasmeV1 -DCIR (CNAM-TS), INSEE (ELP). En 2008 et 2009 ne sont pas incluses les données des CPEF et centres de santé.

En Ile-de-France, de 2008 à 2010, le nombre d'IVG baisse : on passe de 57 282 à 55 867.

Cependant, ces chiffres sont à interpréter avec prudence puisque le nombre d'IVG réalisées en CPEF et centres de santé n'a pas été intégré faute de données exhaustives sur l'année entière en 2009 et la non disponibilité en 2008.

Le taux de recours à l'IVG varie en fonction de l'âge. On constate une tendance à l'infléchissement sur toutes les tranches d'âges (sauf pour les femmes de 45-49 ans). Ce sont les femmes âgées de 20-29 ans qui ont le plus souvent recours à l'IVG. Même si les taux ont diminué depuis 2008, en 2010, 32,2 pour 1000 femmes âgées de 20-24 ans ont eu recours à une IVG et 28,7 pour les 25-29 ans. Sur 55 867 IVG (en comptant les jeunes filles de moins de 15 ans et les femmes de plus de 50 ans) pratiquées en 2010, 61,5 % ont été réalisées sur des femmes de moins de 30 ans. Tandis que pour les femmes de 40 à 49 ans, le recours est le plus bas soit 0,9 IVG pour 1000. En 2010, 2 746 mineures ont été prises en charge sur la région.

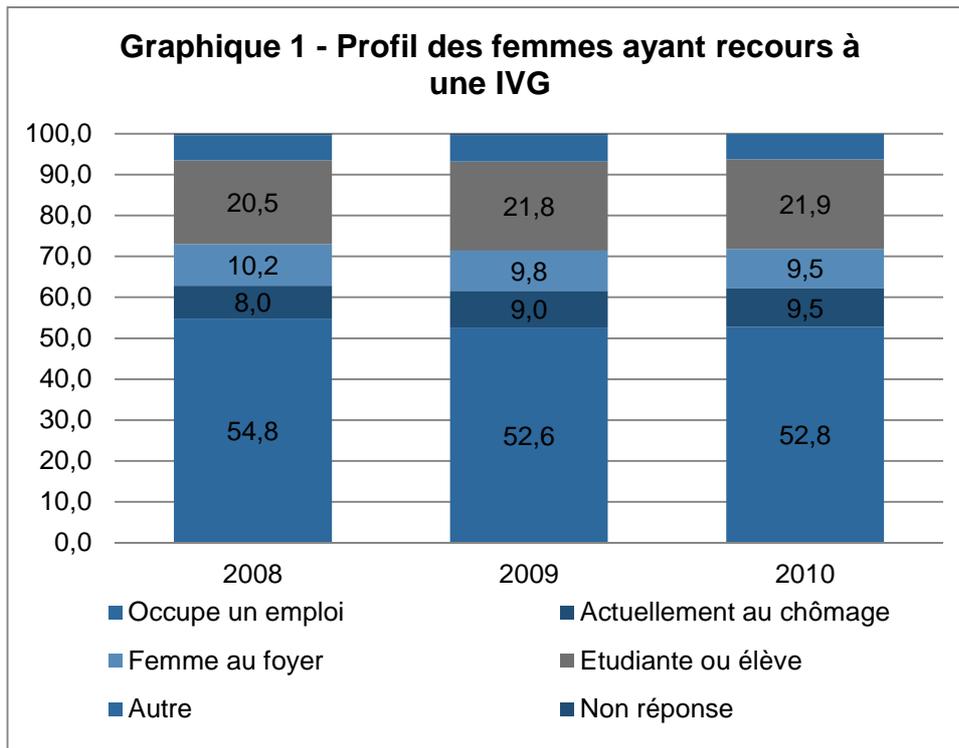
³ Plusieurs sources permettent de disposer de données sur les IVG. Ainsi les statistiques sur les IVG s'appuient sur les données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), de la CNAM-TS et des Bulletins d'interruptions de grossesse (BIG).

Les chiffres issus de la SAE permettent d'estimer globalement le nombre d'IVG au niveau national, régional et départemental. De ce fait, la répartition selon le mode d'intervention à l'hôpital est issue de la SAE.

Les données du PMSI permettent de connaître l'âge précis de la patiente lors de l'entrée en séjour. C'est pourquoi la structure par âge des femmes ayant eu recours à une IVG est celle du PMSI.

Les données de la CNAM-TS sont utilisées pour estimer le nombre d'IVG en ville.

Quant aux BIG, bien qu'obligatoires, ils ne sont pas toujours communiqués régulièrement par les établissements (selon la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 Journal Officiel du 7 juillet 2001 : toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de santé publique ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme). Toutefois, ces bulletins permettent de fournir des informations sociodémographiques de la femme ayant eu recours à une IVG ainsi que la durée de gestation, les grossesses antérieures, les IVG itératives...



Source : *Bulletin d'interruption de grossesse*

En Île-de-France, une femme sur deux ayant eu recours à une IVG occupe un emploi. La part des étudiantes ou élèves augmentent, elle est passée de 20,5 % en 2008 à 21,9 % en 2010. La part des femmes au chômage augmente également avec respectivement 8 % et 9,5 %.

Tableau 4 – IVG hospitalières et IVG en ville par département en Ile-de-France

	2008		
	Nombre total d'IVG	% d'IVG en ville (médecine libérale)	Taux IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans
Ile-de-France	57 282	16,8	19,1
Paris	14 395	29,9	23,5
Seine-et-Marne	4 516	10,1	13,8
Yvelines	4 200	14,0	12,3
Essonne	5 238	9,5	17,7
Hauts-de-Seine	8 595	9,3	21,3
Seine-Saint-Denis	10 347	10,4	26,5
Val-de-Marne	5 174	15,1	15,4
Val-d'Oise	4 817	23,2	16,3
	2009		
	Nombre total d'IVG	% d'IVG en ville (médecine libérale)	Taux IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans
Ile-de-France	56 347	18,4	18,7
Paris	14 996	31,0	24,2
Seine-et-Marne	4 776	11,0	14,6
Yvelines	4 129	14,1	12,2
Essonne	5 000	11,5	16,9
Hauts-de-Seine	7 602	10,6	18,8
Seine-Saint-Denis	9 016	10,5	23,1
Val-de-Marne	6 069	16,5	18,0
Val-d'Oise	4 759	27,5	16,1
	2010		
	Nombre total d'IVG	% d'IVG en ville (médecine libérale)	Taux IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans
Ile-de-France	55 867	20,9	18,6
Paris	14 862	33,6	23,9
Seine-et-Marne	4 783	18,4	14,6
Yvelines	4 162	14,8	12,3
Essonne	4 896	14,4	16,6
Hauts-de-Seine	7 428	12,3	18,3
Seine-Saint-Denis	9 691	11,0	24,8
Val-de-Marne	5 443	20,0	16,1
Val-d'Oise	4 602	30,8	15,6

Sources : SAE (DREES), ErasmeV1 -DCIR (CNAM-TS), INSEE.

2010 : sont incluses les données du nombre de remboursement de forfaits par les centres de santé, de planification ou d'éducation familiale qui sont disponibles auprès de la CNAM-TS.

Alors que le taux de recours à l'IVG des femmes franciliennes en âge de procréer est passé de 19,1 pour 1000 en 2008 à 18,6 pour 1000 en 2010, Paris et la Seine-Saint-Denis ont un taux bien supérieur à celui de la région (avec respectivement en 2010 : 23,9 et 24,8) avec un taux qui augmente sur le département de la Seine-Saint-Denis.

Les chiffres de l'Île-de-France confirment la tendance amorcée au niveau national, avec un report des IVG de l'hôpital vers les cabinets libéraux (IVG avant 7 SA). Ainsi en 2008, 16,8 % des IVG étaient pratiquées par un médecin libéral, en 2010 ce pourcentage est de 20,9 %.

Cependant, sur certains départements, cette offre se développe beaucoup moins comme la Seine-Saint-Denis qui présente un taux de 11 % (à relier en partie à la démographie médicale mais aussi probablement à la composante socioculturelle de mode de recours au système de santé).

La domiciliation

Tableau 5 - Nombre de séjours pour IVG (médicamenteuse et chirurgicale) par départements de résidence et départements d'hospitalisation

2010										
	Départements de résidence									
Départements d'hospitalisation	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise	hors IDF	Total général
Paris	5 869	224	202	362	846	902	879	286	245	9 815
Seine-et-Marne	19	3 471	5	37	5	72	30	9	164	3 812
Yvelines	27	9	3 296	16	73	8	7	64	106	3 608
Essonne	26	197	47	3 325	34	12	260	8	80	3 989
Hauts-de-Seine	610	58	293	291	4 237	190	373	335	171	6 557
Seine-Saint-Denis	576	408	39	37	140	6 206	271	453	183	8 314
Val-de-Marne	146	272	17	197	38	373	3 009	32	43	4 128
Val-d'Oise	35	33	127	11	71	156	15	2 744	229	3 420
Total général	7 307	4 674	4 026	4 277	5 443	7 920	4 844	3 932	1 221	43 643

Sources : SAE, PMSI

Selon les données de la SAE et du PMSI (données uniquement hospitalières), en 2010, en Île-de-France trois femmes sur quatre ayant eu recours à une IVG sont domiciliées dans le département où elle est pratiquée. Les femmes qui changent de département se déplacent plutôt vers le centre de la région. Les Franciliennes de la grande couronne vont vers la petite couronne et vers Paris. Celles de la petite couronne et de Paris vont rarement dans la grande couronne. Ce constat est sans doute lié aux transports en commun mieux desservis à Paris et les départements limitrophes. Paris et la Seine-Saint-Denis sont les deux départements où les femmes ont le plus recours à l'IVG. Ces deux départements totalisent 41,5% des IVG réalisées dans la région. De même, les femmes domiciliées dans ces deux départements représentent pratiquement 35 % des IVG.

**Les problématiques identifiées
et les propositions de l'agence
pour améliorer ce parcours de sante**

5- LES PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES ET LES PROPOSITIONS DE L'AGENCE POUR AMELIORER CE PARCOURS DE SANTE

5.1. Une absence de réflexion commune entre les très nombreux partenaires concernés par cette prise en charge

Avec la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse en ville (loi 2001), puis en planning familial et en centres de santé (loi 2007), un maillage territorial entre les acteurs de ville et les établissements de santé se met en place progressivement sur les départements.

Les acteurs susceptibles d'intervenir dans ce parcours de la femme ayant recours à l'IVG, sont très nombreux : médecins de ville (libéraux ou centres de santé), équipes des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), équipes des établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF), conseillers conjugaux, infirmiers et médecins scolaires, pharmaciens, psychologues, équipes hospitalières, médecine universitaire...

Par ailleurs, à l'échelle d'une région, les partenaires sont nombreux : les conseils généraux, les unions régionales de professionnels de santé, l'éducation nationale, l'assurance maladie, les conseils de l'Ordre, les réseaux de santé, l'observatoire régional de santé, le Conseil régional d'Ile-de-France, les représentants des usagers, les établissements de santé...

- *A l'instar de la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (décret n° 2009-1216 du 9 octobre 2009) qui a pour mission de contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique fixés pour la périnatalité et pour la santé de l'enfant et d'apporter son concours et son expertise pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques en matière de périnatalité et de santé de l'enfant, notamment dans les domaines de la santé publique, de l'organisation de l'offre de soins, des pratiques professionnelles et du financement, l'Agence pourrait :*
 - *initier et piloter une instance de concertation multi partenariale régionale qui travaillerait notamment sur l'éducation à la vie, la sexualité, la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, les projets de naissance...*
 - *proposer de nommer cette commission « sexualité-fécondité », le terme de périnatalité pouvant difficilement englober la thématique de l'IVG*
 - *mettre en place un observatoire de l'IVG afin de savoir notamment si les pratiques sont conformes aux recommandations de la HAS*

5.2. Un accès à une prévention de qualité insuffisamment évaluée

La prévention et la prise en charge des grossesses non désirées doivent être considérées comme une composante à part entière de l'offre de soins et de prévention donc l'offre de santé.

Dans une étude nationale réalisée en 2007 auprès de 7 802 femmes, publiée dans la revue française des affaires sociales 2011/1 (n°1), Caroline Moreau, Julie Desfrères et Nathalie Bajos ont analysé les trajectoires contraceptives des femmes autour de l'IVG et confirment les liens étroits entre contraception et avortement. En effet, dans l'étude, près de deux tiers des IVG (64 %) sont liées à des échecs de contraception. Les grossesses survenant parmi les utilisatrices de pilule représentant le quart des IVG en France. Par ailleurs, cette étude montre que si l'IVG correspond à une opportunité d'aborder les questions contraceptives, seulement :

- une femme sur dix indique avoir utilisé la contraception d'urgence pour tenter d'éviter la grossesse,
 - près d'une femme sur quatre est sans prescription contraceptive après l'intervention
 - près de la moitié des femmes (46 %) qui rapportent un échec de pilule se voient prescrire une pilule après l'IVG.
- *Pour décliner au mieux les actions à venir, un focus régional est nécessaire. L'Agence pourrait se rapprocher de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS) pour s'inscrire régionalement dans une démarche nationale pour les prochaines enquêtes, et/ou initier une enquête régionale avec l'Observatoire régional de la santé (ORS) pour notamment :*
- *réaliser des focus sur des populations cibles (mineures, femmes étudiantes, femmes primo arrivantes...) pour connaître les comportements et les représentations et proposer des messages de santé publique adaptés*
 - *analyser la qualité de l'information donnée aux femmes par les professionnels de santé et analyser les représentations en lien avec l'IVG de ces derniers*
 - *En attendant, l'Agence pourrait relayer des actions de communication spécifiques en s'appuyant notamment sur la campagne de communication de l'INPES sur la contraception (cf : choisir ta contraception.fr) ou sur celle du conseil régional.*
 - *L'Agence pourrait proposer aux centres de formations (initiales et continus) des professionnels de santé, d'inclure systématiquement des modules de formation sur la planification, l'éducation familiale et l'IVG*

- *L'Agence pourrait initier une réflexion sur la pertinence et la faisabilité d'inclure dans chaque établissement pratiquant plus de 400 IVG par an, un centre de planification (CPEF). En effet, les compétences de chacun des professionnels étant complémentaires : les uns présentant des compétences plus axées sur la contraception, la sexualité, les violences, les conduites à risques... les autres possédant un savoir faire plus axé sur le soin.*
- *L'Agence pourrait identifier les points de blocage concernant 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)*
- *L'Agence a déjà déterminé, dans son schéma régional de prévention, des priorités d'intervention collectives dans le domaine de l'éducation à la sexualité.*

5.3. Un accès à l'information insuffisant

Si le maillage territorial, entre la ville et les établissements de santé, commence à exister sur certains départements, ni les acteurs de terrain, ni les femmes ne semblent avoir l'information exhaustive et actualisée de l'offre de santé sur la région. Cette absence de lisibilité contribue, semble-t-il, à l'allongement des délais de prise en charge, notamment l'été.

En ville, il est impossible de réaliser une cartographie des cabinets médicaux libéraux et des centres de santé proposant cette offre. Il s'agit pourtant d'une demande forte des associations de paroles de femmes notamment du planning familial.

Concernant le dossier guide sur l'interruption volontaire de grossesse du ministère de la santé, les recommandations et références professionnelles ANAES 2001 – HAS 2010 indiquent : « *lors de la première consultation, des informations claires et précises sont apportées à la patiente sur la procédure (méthode médicamenteuse ou chirurgicale) et les choix offerts de recours à l'anesthésie locale ou générale, ainsi que sur le temps de réflexion.*

Outre cette information orale, les professionnels établissent et mettent à la disposition des patientes des documents d'information écrits. ». L'information sur le dossier guide est une information claire, accessible et complète. Dans ce dossier guide, le numéro d'appel de la plateforme téléphonique régionale « Contraception-IVG » du planning familial est indiqué.

Par ailleurs, à ce jour, en effectuant une recherche générale sur l'IVG par Google, le premier site qui arrive est celui de « doctissimo » suivi d'un site contre l'avortement mais qui ne l'affiche pas et qui diffuse des informations incomplètes ou fausses susceptibles d'entraîner une confusion pour les femmes.

- *Pour rendre lisible l'offre de santé sur la région pour les professionnels de santé et pour les usagers, et rendre accessible une information générale fiable, l'Agence pourrait :*
 - *créer sur son site internet institutionnel puis sur la plateforme d'information santé grand public une page dédiée à l'IVG comprenant:*
 - *le dossier guide du ministère,*
 - *un répertoire (actualisé régulièrement notamment l'été) des lieux d'information sur la contraception, des lieux d'entretien avec des conseillers conjugaux et familiaux (entretien pré et post IVG) et des établissements de santé et des centres de santé pratiquant les IVG (mission des réseaux de périnatalité)*
 - *les liens vers les sites reconnus comme diffusant une information générale sur l'IVG accessibles et fiables.*
 - *Communiquer, avec l'aide des réseaux, ce répertoire à tous les professionnels de santé impliqués dans cette prise en charge*
- *Une fois la page internet dédiée à l'IVG créée, l'Agence pourrait proposer que sur le dossier guide « l'interruption volontaire de grossesse », remis à chaque femme ayant besoin d'avoir recours à l'IVG, figure également l'adresse du site de l'ARS pour apporter des informations complémentaires à celles de la plateforme téléphonique régionale.*

De plus, les établissements de santé et les centres de santé précisent très peu cette prise en charge sur leur site ou la précise avec des mots peu accessibles tel que « orthogénie », « centre de régulation des naissance », « centre de planification »...

- *Pour une meilleure lisibilité du parcours, l'Agence pourrait proposer à chaque structure participant à ce parcours de santé de l'indiquer sur son site internet et de flécher cette offre en interne avec la déclinaison suivante « Contraception – IVG »*

5.4. Un accès à une première consultation en moins de cinq jours difficile à évaluer

Les Recommandations et références professionnelles ANAES 2001 – HAS 2010 précisent : « *Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les cinq jours suivant son appel. Plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible. La précocité de réalisation permet également un choix plus large de techniques utilisables.* »

Par ailleurs, la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France (métropole et DOM) y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins.

Dans cette enquête, la question relative aux délais n'est pas corrélée au référentiel de l'HAS puisqu'il s'agit pour chaque patiente, ayant fait une demande en octobre et non orientée sur une autre structure, de calculer le nombre de jours écoulés entre la date de la demande et la date de réalisation de l'IVG et non la date de la première consultation.

Selon la SAE 2010, sur les 103 sites pratiquant les IVG en Ile-de-France, seuls 49 ont renseigné la question des délais de prise en charge. Ainsi, le délai moyen pour ces 49 sites est de 8,9 jours avec un minimum de deux jours et un maximum de 30 jours. Une analyse plus fine est nécessaire.

Pour l'AP-HP, en 2011, sur les 16 centres d'IVG ayant réalisé 12 380 IVG (28,9% des IVG réalisées en établissement de santé), un établissement sur deux assurait un premier rendez-vous dans les cinq jours et deux centres sur 16 avaient des délais à 15 jours.

- *Dans un premier temps, l'Agence pourrait, avec ses partenaires, identifier l'indicateur « délai » le plus pertinent à suivre sur ce parcours de santé.*
- *Une fois l'indicateur retenu, l'Agence pourrait veiller à le recueillir au travers d'enquêtes périodiques et à l'analyser*
- *Concernant les renseignements demandés dans l'enquête SAE, l'Agence pourrait réaliser un rappel à la réglementation visant à tendre vers une exhaustivité des réponses*
- *L'Agence pourrait réaliser une étude concernant les femmes qui ne peuvent plus avoir recours à la prise en charge de l'IVG car ayant dépassé les délais de 14 SA. Il s'agirait d'identifier les femmes qui étaient dans les délais à l'annonce de leur grossesse*

5.5. Des inégalités d'accès

5.5.1. Un accès géographique à évaluer plus finement

Dans le n°1 de la revue française des affaires sociales 2011, Marc Collet, à travers une analyse départementale, confirme la bonne accessibilité géographique à la prise en charge des

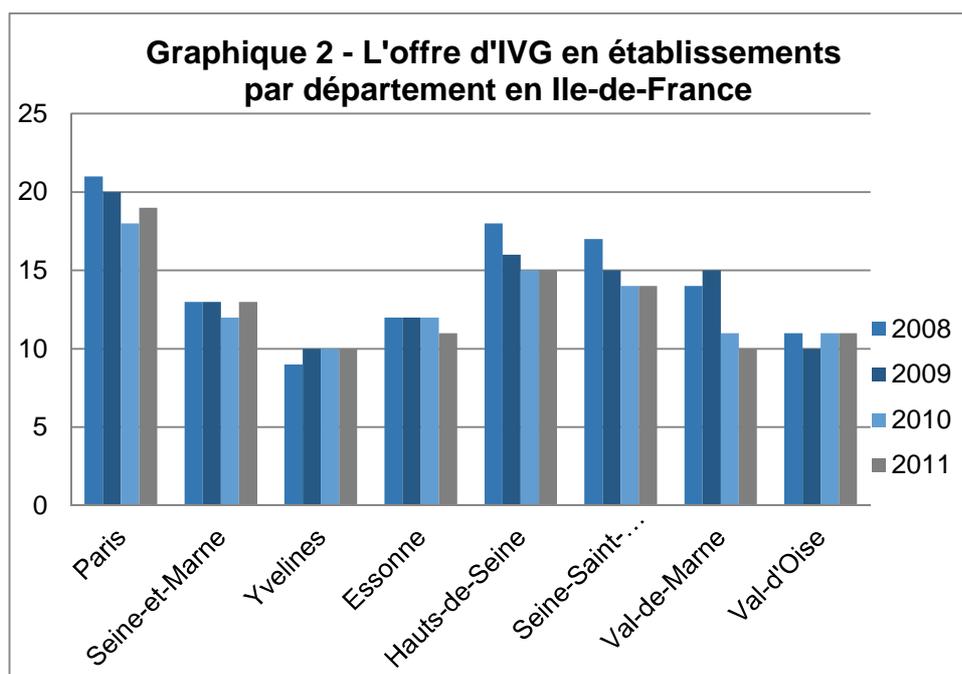
IVG en établissement de santé puisque chaque femme est à moins de 30 minutes d'un établissement hospitalier prenant en charge l'IVG sur la région.

Cependant, l'étude ne précise pas si chacun de ces établissements propose les différentes méthodes, les différents choix d'anesthésie et les prises en charge jusqu'à 14 SA

- *L'Agence pourrait veiller à « préserver, pour cette activité de santé qui ne connaît que très peu de problème de sécurité sanitaire, une pratique dans les établissements de santé de proximité qui n'obligent pas les patientes à des déplacements mal commodes et onéreux ». (recommandations de la mission IGAS d'octobre 2009, relative à l'interruption volontaire de grossesse).*

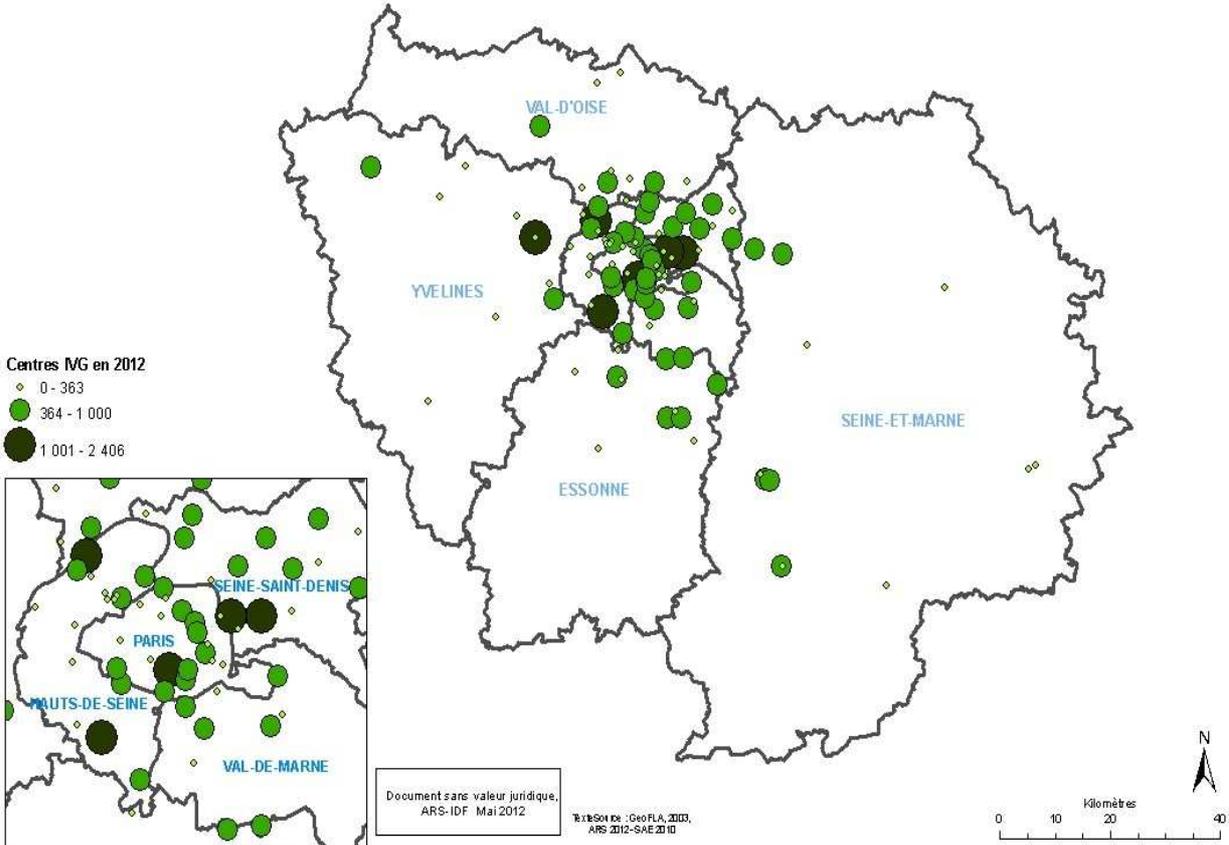
Au niveau de l'offre d'IVG en établissements, la tendance générale est à une diminution du nombre de sites (115 en 2008 à 103 en 2011). Trois départements concentrent le plus de sites : Paris (19), les Hauts-de-Seine (15) et la Seine-Saint-Denis (14). Entre 2008 et 2011, le Val-de-Marne a vu disparaître quatre sites, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis trois sites.

La diminution du nombre de site ne correspond pas systématiquement à une augmentation de la prise en charge des IVG en ville. En effet, sur la Seine-Saint-Denis, nous constatons que l'IVG médicamenteuse en ville (médecine libérale) ne se développe pas mais que le nombre de sites diminue.





Etablissements de santé pratiquant des IVG en Ile de France



5.5.2. Un accès financier différent selon l'entrée dans le parcours de santé

Les tarifs d'une interruption volontaire de grossesse

Pour une IVG pratiquée par technique chirurgicale, le tarif varie en fonction du type d'établissement, du mode d'anesthésie et de la durée d'hospitalisation.

Dans la majorité des établissements (notamment les établissements publics et privés à but non lucratif), les forfaits sont les suivants (arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse):

- pour une IVG sans anesthésie générale pour une durée inférieure ou égale à 12 heures : 228,46 euros
- pour une IVG avec anesthésie générale pour une durée inférieure ou égale à 12 heures : 286,06 euros
- pour une IVG sans anesthésie générale pour une durée comprise entre 12 et 24 heures : 226,77 euros
- pour une IVG avec anesthésie générale pour une durée comprise entre 12 et 24 heures : 329,72 euros
- forfait pour 24 heures supplémentaires : 43,73 euros
- pour une IVG pratiquée par technique médicamenteuse : le forfait est de 257,91 euros.
- Le tarif d'une IVG médicamenteuse réalisée en cabinet de ville est un forfait fixé à 191,74 euros.

Concernant l'IVG médicamenteuse en ville, le forfait comprend la consultation durant laquelle la patiente remet la confirmation de sa demande par écrit, les consultations d'administration des médicaments, le coût de ces médicaments et la consultation de contrôle et de vérification.

L'IVG est un forfait remboursé à 70% pour la ville, 80% pour les établissements, 100% pour certains CPEF. En fonction du point d'entrée dans le parcours de santé de l'IVG médicamenteuse, la part du ticket modérateur sera donc variable et relativement conséquent.

Par ailleurs, le forfait IVG ne comprend pas l'échographie et le groupe sanguin, ce qui entraîne à nouveau une avance de frais (voire, si le professionnel est libéral en secteur 2, des actes avec dépassement d'honoraire).

Si cette problématique ne concerne pas les femmes bénéficiant de la CMU, en revanche cette situation peut être un obstacle d'accès à l'IVG pour les femmes de 20-24 ans qui n'ont pas de mutuelle ou qui bénéficient de la mutuelle de leur parents ou de leur conjoint (ce qui entraîne dans ce cas là un souci supplémentaire d'anonymat en lien avec la facturation).

Enfin, la sous valorisation du prix forfaitaire de l'IVG chirurgicale fixé par arrêté ministériel (cf rapport IGAS 2009) entraîne le peu d'intérêt des structures à développer cette offre de soin (306,14 à 441,82 euros pour le public / 332,58 à 391, 15 euros pour les établissements privés / 569 à 633 euros si l'IVG chirurgicale relevait de la tarification TAA selon l'ATIH). Cette offre de soin est devenue une variable d'ajustement dans les établissements de santé.

Des décisions au Niveau national seraient nécessaires :

- *Un remboursement à 100% pour cette offre de santé quel que soit le lieu de l'IVG*
- *Une revalorisation de l'acte en établissement de santé*
- *Un forfait étendu aux examens complémentaires*

Concernant les femmes sans aucune couverture sociale, il apparaît que dans les établissements de santé où se trouvent des centres de planification et des Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), les pharmacies centrales ne délivrent pas de contraception ou de pilule du lendemain aux femmes ayant consulté à la PASS : elles sont redirigées vers le centre de planification. Pour toutes les autres prescriptions (antibiotiques, antidiabétiques...), la pharmacie centrale peut délivrer les traitements directement.

- *Pour rendre le parcours de la femme sans papier plus simple, l'Agence pourrait veiller à ce que chaque pharmacie centrale puisse délivrer la contraception et la pilule du lendemain sur des prescriptions réalisées dans les PASS*

Les CPEF sont sous la compétence des conseils généraux, conseils généraux qui ne sont pas pilotés en région ce qui entraîne des politiques de santé différentes d'un département à l'autre.

Par exemple, sur certains départements, lorsque les CPEF sont intégrés dans des centres de santé, la convention précise que les CPEF ne prennent pas en charge les IVG. Or les IVG en CPEF sont prises en charge à 100% contrairement aux IVG réalisées en centre de santé qui le sont à 70%.

Récemment, le réseau REVHO a formé l'ensemble des professionnels de santé des CPEF de deux départements. Sur d'autres départements, la demande de formation n'existe pas.

- *L'Agence pourrait impulser une réflexion au niveau départemental avec les conseils généraux, les centres de santé, les établissements de santé, les professionnels de santé libéraux, l'assurance maladie et les réseaux pour harmoniser régionalement ce parcours.*

5.5.3. Un accès à un choix partiel dans certains établissements

Dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale (recommandations HAS 2010). Ceci dit, il apparaît complexe d'évaluer l'objectivité de l'information délivrée pour permettre aux femmes d'exercer un choix réel quant à la méthode.

Dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale (recommandations HAS 2010). Ceci dit, il apparaît complexe d'évaluer l'objectivité de l'information délivrée pour permettre aux femmes d'exercer un choix réel quant à la méthode.

5.5.3.1. La méthode médicamenteuse

Tableau 6 – Tableau synoptique sur les IVG hospitalières

	2008					
	Nbre total IVG	IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG médicamenteuses		IVG chirurgicales	
			Nombre	%	Nombre	%
Ile-de-France	47 672	15,9	18 108	38,0	29 564	62,0
Paris	10 095	16,5	3 133	31,0	6 962	69,0
Seine-et-Marne	4 060	12,4	2 272	56,0	1 788	44,0
Yvelines	3 614	10,6	2 239	62,0	1 375	38,0
Essonne	4 742	16,0	2 185	46,1	2 557	53,9
Hauts-de-Seine	7 793	19,3	2 968	38,1	4 825	61,9
Seine-Saint-Denis	9 276	23,8	2 761	29,8	6 515	70,2
Val-de-Marne	4 391	13,1	1 258	28,6	3 133	71,4
Val-d'Oise	3 701	12,5	1 292	34,9	2 409	65,1
	2009					
	Nbre total IVG	IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG médicamenteuses		IVG chirurgicales	
			Nombre	%	Nombre	%
Ile-de-France	45 966	15,3	18 015	39,2	27 951	60,8
Paris	10 351	16,7	3 351	32,4	7 000	67,6
Seine-et-Marne	4 251	13,0	2 472	58,2	1 779	41,8
Yvelines	3 547	10,5	2 115	59,6	1 432	40,4
Essonne	4 427	15,0	2 142	48,4	2 285	51,6
Hauts-de-Seine	6 799	16,8	2 511	36,9	4 288	63,1
Seine-Saint-Denis	8 071	20,7	2 781	34,5	5 290	65,5
Val-de-Marne	5 070	15,0	1 502	29,6	3 568	70,4
Val-d'Oise	3 450	11,7	1 141	33,1	2 309	66,9
	2010					
	Nbre total IVG	IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG médicamenteuses		IVG chirurgicales	
			Nombre	%	Nombre	%
Ile-de-France	43 643	14,5	17 493	40,1	25 783	59,9
Paris	9 646	15,5	2 866	29,7	6 780	70,3
Seine-et-Marne	3 904	11,9	2 173	55,7	1 731	44,3
Yvelines	3 544	10,5	2 211	62,4	1 333	37,6
Essonne	4 189	14,2	1 772	42,3	2 417	57,7
Hauts-de-Seine	6 509	16,0	2 573	39,5	3 936	60,5
Seine-Saint-Denis	8 368	21,4	3 391	40,5	4 977	59,5
Val-de-Marne	4 300	12,4	1 369	31,8	2 931	68,2
Val-d'Oise	3 183	10,8	1 138	35,8	2 045	64,2

Sources : SAE, INSEE, 2008 rp, 2009-2010 ELP. Champ : IVG hospitalières

Selon la SAE, de 2008 à 2010, le nombre d'IVG hospitalières diminue : il passe de 47 672 à 43 643. Le taux d'IVG pour 1000 femmes en âge de procréer diminue également : on passe de 15,9 à 14,5 en Ile-de-France. Toutefois, en 2010, deux départements ont un taux bien supérieur au taux régional : la Seine-Saint-Denis (21,4%) et Paris (15,5 %).

En revanche, la part des IVG médicamenteuses hospitalières augmente ; en 2008 elle représente 38 % alors qu'en 2010 elle est 40,1 %.

L'Agence pourrait initier une réflexion sur la part d'IVG instrumentales à maintenir sur les établissements de santé pour que la femme puisse avoir le choix

5.5.3.2. Le mode d'anesthésie

En 2004, dans ses directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, l'OMS indiquait : « L'anesthésie générale n'est pas recommandée pour l'avortement et elle augmente les risques cliniques. Elle est associée à une plus grande fréquence des hémorragies que l'anesthésie locale. Elle coûte plus cher aux services de santé et à la patiente, particulièrement du fait que certains hôpitaux exigent, sans nécessité, que la patiente reste jusqu'au lendemain. Néanmoins, certaines femmes préfèrent l'anesthésie générale, de même que certains prestataires si l'intervention présente des difficultés ».

Certains témoignages rapportent une difficulté pour obtenir les rendez-vous avec certains anesthésistes ou des difficultés pour pouvoir utiliser le bloc opératoire (les lvg ne seraient pas prioritaires en ambulatoire). Certaines unités ont donc choisi de ne proposer que le mode d'anesthésie locale. Inversement, certains centres n'ont pas de professionnels formés à l'IVG sous anesthésie locale et ne proposent donc que l'anesthésie générale.

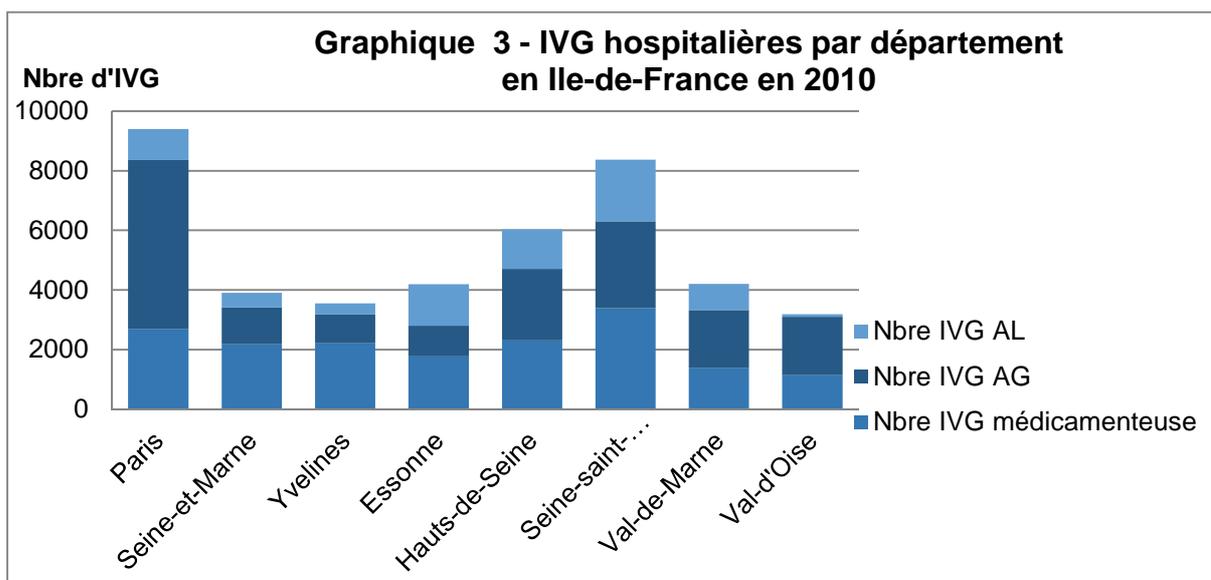


Tableau 7 – IVG hospitalières par département en Ile-de-France

	2008			
	Nbre total IVG	Nbre IVG médicamenteuses	IVG chirurgicales	
			Nbre IVG AG	Nbre IVG AL
Ile-de-France	47 672	18 108	18 931	10 633
Paris	10 095	3 133	4 824	2 138
Seine-et-Marne	4 060	2 272	1 284	504
Yvelines	3 614	2 239	772	603
Essonne	4 742	2 185	1 490	1 067
Hauts-de-Seine	7 793	2 968	2 010	2 815
Seine-Saint-Denis	9 276	2 761	4 173	2 342
Val-de-Marne	4 391	1 258	2 161	972
Val-d'Oise	3 701	1 292	2 217	192
	2009			
	Nbre total IVG	Nbre IVG médicamenteuses	IVG chirurgicales	
			Nbre IVG AG	Nbre IVG AL
Ile-de-France	45 966	18 015	19 917	8 034
Paris	10 351	3 351	5 278	1 722
Seine-et-Marne	4 251	2 472	1 416	363
Yvelines	3 547	2 115	815	617
Essonne	4 427	2 142	1 458	827
Hauts-de-Seine	6 799	2 511	3 139	1 149
Seine-Saint-Denis	8 071	2 781	2 946	2 344
Val-de-Marne	5 070	1 502	2 651	917
Val-d'Oise	3 450	1 141	2 214	95
	2010			
	Nbre total IVG	Nbre IVG médicamenteuses	IVG chirurgicales	
			Nbre IVG AG	Nbre IVG AL
Ile-de-France	43 643	17 493	18 498	7 652
Paris	9 646	2 866	5 740	1 040
Seine-et-Marne	3 904	2 173	1 240	491
Yvelines	3 544	2 211	959	374
Essonne	4 189	1 772	1 024	1 393
Hauts-de-Seine	6 509	2 573	2 609	1 327
Seine-Saint-Denis	8 368	3 391	2 913	2 064
Val-de-Marne	4 300	1 369	2 057	874
Val-d'Oise	3 183	1 138	1 956	89

Source : SAE

Une telle diversité de prise en charge entre les départements ne peut refléter le choix de la femme.

Dans le Val-d'Oise, il semble impossible d'avoir recours à une IVG chirurgicale sous anesthésie locale. Paris en réalise également proportionnellement moins que sur d'autres départements.

La part d'IVG médicamenteuses se développe dans les Yvelines alors que parallèlement l'IVG médicamenteuse en ville progresse.

A partir de ces données, on peut s'étonner que cinq départements aient une offre chirurgicale allant de 59,5% à 70,3% et 3 départements aient une offre allant de 37,6% à 57,7%.

Certains professionnels rencontrés évoquent un ratio de 1/3 à retenir pour les IVG en établissements de santé (1/3 IVG médicamenteuse, 1/ IVG chirurgicale sous anesthésie locale, 1/3 IVG chirurgicale sous anesthésie locale).

- *L'Agence pourrait maintenir et promouvoir l'IVG par aspiration sous anesthésie locale, en veillant notamment à la formation des soignants à cette technique (IGAS 2009) tout en veillant à ce que l'offre d'une anesthésie générale soit maintenue.*

5.5.4. Un accès à l'IVG jusqu'à 14 SA jugé insatisfaisant

Les IVG entre 12 et 14 SA ne sont pas prises en charge partout. Cette situation est particulièrement problématique en période estivale.

Tableau 8 - Nombre d'IVG pratiquées les 11ème (13SA) et 12ème semaine de grossesse (14SA)

Département	2008			2009			2010		
	Public	Privé	Ensemble	Public	Privé	Ensemble	Public	Privé	Ensemble
Ile-de-France	1 937	814	2 751	2 899	779	3 678	2 672	188	2 860
Paris	1 061	64	1 125	1 279	94	1 373	843		843
Seine-et-Marne	91	196	287	248	246	494	119		119
Yvelines	28	135	163	229		229	197		197
Essonne	29	44	73	60		60	34		34
Hauts-de-Seine	183	114	297	321	71	392	430	25	455
Seine-Saint-Denis	315	239	554	302	368	670	767	163	930
Val-de-Marne	230		230	319		319	282		282
Val-d'Oise		22	22	141		141			0

Source : SAE

Tableau 9 - Taux d'IVG hospitalières pratiquées les 11ème (13SA) et 12ème semaines de grossesse (14SA)

Département	2008			2009			2010		
	Public	Privé	Ensemble	Public	Privé	Ensemble	Public	Privé	Ensemble
Ile-de-France	4,1	1,7	5,8	6,3	1,7	8,0	6,2	0,4	6,7
Paris	10,5	0,6	11,1	12,4	0,9	13,3	9,0	0,0	9,0
Seine-et-Marne	2,2	4,8	7,1	5,8	5,8	11,6	3,0	0,0	3,0
Yvelines	0,8	3,7	4,5	6,5	0,0	6,5	5,6	0,0	5,6
Essonne	0,6	0,9	1,5	1,4	0,0	1,4	0,8	0,0	0,8
Hauts-de-Seine	2,3	1,5	3,8	4,7	1,0	5,8	7,1	0,4	7,5
Seine-Saint-Denis	3,4	2,6	6,0	3,7	4,6	8,3	9,2	1,9	11,1
Val-de-Marne	5,2	0,0	5,2	6,3	0,0	6,3	6,7	0,0	6,7
Val-d'Oise	0,0	0,6	0,6	4,1	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0

Source : SAE

Pour info : taux calculé sur le nombre total d'IVG hospitalières (cf tableau 8 et tableau 7 = $2751/47672 \times 100$)

En 2010, si Paris voit le taux d'IVG entre 12 et 14 sa réduire, ce n'est pas le cas pour la Seine-Saint-Denis qui voit son taux augmenter régulièrement. Par ailleurs, deux départements (l'Essonne et le Val-d'Oise) ne proposent pas d'IVG à ces termes. Une analyse plus fine des taux d'attractivité et de fuite semble nécessaire.

De plus, une enquête (E. Jegoudez-Moulier, mémoire pour le DIU Régulation des naissances) téléphonique réalisée en 2009 auprès de 56 établissements de la région d'Ile-de-France pratiquant des IVG montre que seulement 16 établissements sur 56 peuvent donner un rendez-vous permettant de réaliser une IVG avant la date butoir de 14 SA à une femme se présentant à 12 SA.

Sur les 40 établissements qui refusent, les raisons invoquées sont dans l'ordre de fréquence :

- Absence de rendez-vous avant trois semaines, voire un mois
- Pas de pratiques des 12-14 SA
- Pas de procédure d'urgence pour réduire le délai de réflexion
- Pas de matériel adéquat pour l'intervention jusqu'à ce terme
- ***L'agence pourrait initier une réflexion sur cette prise en charge de 12-14 SA afin de s'assurer que chaque femme puisse pouvoir interrompre une grossesse entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée sans difficulté.***

5.5.5. Un accès aux examens complémentaires au sein des établissements très inégal

L'âge gestationnel de la grossesse est précisé par l'interrogatoire, l'examen clinique ; les recommandations HAS précisent que le recours à une échographie doit être possible sur place lors de la consultation. Or, la plupart des CIVG, lorsque la femme n'a pas d'échographie de datation ou de groupe sanguin, renvoient sur la ville avant de proposer une date de première consultation. Ceci entraîne un délai supplémentaire puisque les secrétariats des échographistes ne sont pas formés, donc peu sensibles à l'importance des délais dans la prise de rendez-vous.

Outre les délais, s'ajoutent d'autres problématiques toutes aussi importantes : le coût, la visualisation de l'embryon par la patiente, le discours de l'échographiste et le compte rendu remis à l'issue de l'examen.

- ***L'ARS pourrait veiller à ce que chaque établissement public de santé susceptible de proposer des IVG offre l'accès à tous les examens complémentaires nécessaires à la réalisation d'une IVG en tenant compte des délais et de la formation de chaque intervenant.***

5.6. Les restructurations / les regroupements

L'offre Contraception - IVG en établissement de santé ne doit pas être une variable d'ajustement et ne doit pas être oubliée en amont dans la réflexion des regroupements.

- ***En amont d'une restructuration, l'Agence pourrait veiller au maintien d'une offre de qualité « Contraception – IVG » sur le territoire***
- ***En amont d'une restructuration, l'Agence pourrait proposer à l'établissement une concertation avec les partenaires identifiés***

Par ailleurs, si les regroupements entraînent des mutualisations d'équipes dont toutes ne pratiquent pas l'IVG, la constitution d'équipe non formées sur cette thématique particulière ne peut correspondre à une prise en charge de qualité, l'IVG ne pouvant se résumer au seul suivi d'un protocole technique.

Les recommandations HAS 2010 précisent que « l'activité d'IVG entre dans le cadre d'un projet de service auquel adhèrent tous les membres du personnel qui participent à cette activité. Le personnel de ces structures doit bénéficier d'une formation spécifique à cette activité ».

- ***Si les mutualisations sont parfois nécessaires, l'Agence pourrait rappeler aux établissements les recommandations de l'HAS (chaque personne intervenant en unité fonctionnel d'IVG soit formée sur le sujet).***

5.7. Evaluation du dispositif

5.7.1. Un recueil de la parole des femmes trop insuffisant

Si les bilans annuels de la plateforme téléphonique régionale du planning familial intègrent la parole des femmes ayant besoin d'interrompre leur grossesse, ce recueil pourrait être étoffé.

- ***L'Agence pourrait élaborer des enquêtes qualitatives auprès des femmes ayant réalisé une IVG***

Les questions pourraient concerner la qualité de la prise en charge notamment:

- o ***Le choix de la méthode et de l'anesthésie***
- o ***Le délai d'un premier rendez-vous***
- o ***La proposition d'un entretien pré IVG***
- o ***La prise en charge de la douleur***
- o ***La prescription d'une contraception après l'IVG***
- o ***Enfin, il serait intéressant de savoir si la femme à l'issue de ce parcours de santé connaît la pilule du lendemain.***

5.7.2. Une appréciation des capacités de réponses opérationnelles du dispositif de prise en charge insuffisante

En lien avec le Planning familial, l'Agence pourrait veiller à la réalisation de « testing » régulier, les analyser et proposer des actions d'amélioration si besoin

5.7.3. Une sous exploitation des enquêtes au sein de l'Agence

Un programme national d'inspection sur la totalité des établissements de santé pratiquant les IVG sur la période 2006-2010 a été mis en place et reste d'actualité à ce jour. Ce programme a pour objectif de sensibiliser les équipes hospitalières afin de faire évoluer l'organisation des soins et améliorer la prise en charge. Ce programme vise également à faire remonter au niveau national les difficultés rencontrées.

Les bulletins d'interruption volontaire de grossesse (IVG) prévus à l'article L.2212-10 du code de la santé publique sont routés chaque année par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans les Agences Régionales de Santé (ARS). Le recueil des bulletins d'IVG répond à une obligation légale. Bien qu'obligatoires, les bulletins IVG ne sont pas toujours communiqués régulièrement. Par exemple, en 2010, 39 495 bulletins ont été envoyés à l'ARS Ile-de France soit 3 327 IVG de moins que dans la SAE.

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leur capacité, leurs équipements, etc.

Les gestionnaires SAE en poste dans les ARS valident le champ de l'enquête et participent à la collecte en contrôlant notamment les réponses fournies lors de la collecte par les établissements de santé. Le bordereau 04 est celui qui centralise des données sur les IVG.

Les données sur le délai moyen de prise en charge, sur le nombre de demandes non prises en charge et sur le nombre d'IVG réalisées par le médecin de ville conventionné avec l'établissement sont mal renseignées. Par exemple, en 2010, 6 627 IVG ont été réalisées par un médecin de ville alors que selon les données de la CNAM-TS, il y avait 11 678.

- ***L'Agence pourrait :***
 - o ***centraliser le recueil de ces enquêtes***
 - o ***réaliser une synthèse périodique de chacune de ces enquêtes et les communiquer***
 - o ***intégrer les centres de santé et les libéraux dans les programmes d'enquêtes concernant l'IVG***

- ***L'Agence pourrait rappeler la réglementation concernant ces documents aux professionnels de santé réalisant des IVG en ville et aux directeurs d'établissements et les sensibiliser à un remplissage systématique et complet.***

Conclusion

6. CONCLUSION

Sur la région, le taux de recours à l'IVG des femmes franciliennes en âge de procréer est passé de 18,7 pour 1000 en 2008 (57 282) à 18,5 pour 1000 en 2010 (55 867). Paris et la Seine-Saint-Denis ont un taux bien supérieur à celui de la région (avec respectivement en 2010 23,9 et 24,8) et mériterait une analyse plus approfondie.

Les chiffres de l'Île-de-France confirment la tendance amorcée au niveau national, avec un report des IVG de l'hôpital vers les cabinets de ville. En 2010, sur 29 717 IVG médicamenteuses, 39,3 % est pratiquée par un médecin de ville. Le développement de l'IVG médicamenteuse en ville est réel sur la région. Cependant, si la méthode médicamenteuse en ville a constitué une avancée très importante puisqu'elle a ouvert une alternative nouvelle et a permis d'élargir le choix des femmes, il paraît essentiel de maintenir l'offre chirurgicale avec les deux modes d'anesthésie en promouvant toutefois l'anesthésie locale (recommandation de l'OMS et de l'IGAS).

La mise en place d'une commission et d'un observatoire de l'IVG pourrait permettre de poursuivre la réflexion amorcée ici notamment sur le dispositif d'évaluation de la qualité de ce parcours de santé.

Enfin, au travers de toutes ces propositions d'axes d'amélioration du parcours de santé de la femme ayant choisi d'interrompre sa grossesse, il apparaît important d'identifier les propositions les plus pertinentes pour organiser leur mise en œuvre et leur suivi au sein de l'Agence.

IVG / Recommendations

IVG / Recommandations

- 1- Mettre en place une commission consultative régionale multi partenariale
- 2- Mettre en place un observatoire de l'IVG pour analyser la qualité des pratiques
- 3- Créer une page dédiée à l'IVG sur le site internet de l'Agence
- 4- Communiquer le répertoire des différents acteurs à tous les professionnels impliqués dans cette prise en charge
- 5- Proposer que sur le dossier guide « l'interruption volontaire de grossesse », remis à chaque femme ayant besoin d'avoir recours à l'IVG, figure également l'adresse du site de l'ARS
- 6- Recenser régulièrement les besoins en dossiers guide « l'interruption volontaire de grossesse » auprès des professionnels et les imprimer
- 7- Proposer à chaque structure participant à ce parcours de santé de l'indiquer sur son site internet et de flécher cette offre en interne avec la déclinaison suivante « Contraception – IVG »
- 8- Dresser un état des lieux et réaliser un suivi des difficultés d'accès aux soins liées à certaines pratiques tarifaires
- 9- Impulser une réflexion au niveau départemental avec les conseils généraux, les centres de santé, l'assurance maladie, les établissements de santé, l'union régionale des professions de santé et les réseaux pour harmoniser régionalement ce parcours.
- 10- Maintenir et promouvoir l'IVG par aspiration sous anesthésie locale, en veillant notamment à la formation des soignants et à ce que l'offre d'une anesthésie générale soit maintenue.
- 11- Analyser plus finement les IVG médicamenteuses réalisées en établissements de santé
- 12- S'assurer qu'une prise en charge des IVG instrumentales puisse être proposée jusqu'à 14 sa au sein de chaque territoire (SROS)
- 13- Elaborer une enquête qualitative auprès des femmes ayant réalisé une IVG
- 14- Veiller à la réalisation de « testing » régulier, les analyser et proposer des actions d'amélioration
- 15- Centraliser, au sein de l'Agence, toutes les données sur cette thématique, les exploiter entièrement, réaliser des synthèses périodiques et les communiquer
- 16- Rappeler la réglementation auprès des professionnels de santé et des établissements visant à tendre vers une exhaustivité des réponses dans les enquêtes SAE, BIG...
- 17- Intégrer les centres de santé, les CPEF, et les libéraux dans les programmes d'enquêtes concernant l'IVG
- 18- S'inscrire régionalement dans une démarche nationale pour les prochaines enquêtes, et/ou initier des enquêtes régionales avec l'Observatoire régional de la santé (ORS)
- 19- Relayer les actions de communication nationales
- 20- Proposer aux centres de formations (initiales et continus) des professionnels de santé, d'inclure systématiquement des modules de formation sur la planification, l'éducation familiale et l'IVG

- 21- Initier une réflexion sur la pertinence et la faisabilité d'inclure dans chaque établissement pratiquant plus de 400 IVG par an, un centre de planification (CPEF) ou un établissement d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF).
- 22- Relayer l'information concernant 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)
- 23- Suivre l'indicateur délai sur la région périodiquement et analyser plus finement les causes des délais allongés structure par structure
- 24- Réaliser une étude concernant les femmes qui ne peuvent plus avoir recours à la prise en charge de l'IVG car ayant dépassé les délais de 14 SA
- 25- Veiller à ce que chaque pharmacie centrale puisse délivrer contraception et pilule du lendemain aux femmes ayant consulté en PASS
- 26- Veiller à ce que chaque établissement public de santé offre l'accès à tous les examens complémentaires nécessaires à la réalisation d'une IVG en tenant compte des délais et de la formation de chaque intervenant.
- 27- Assurer la pérennité d'une offre diversifiée de qualité et de proximité sur tout le territoire conformément aux recommandations de la haute autorité de santé
- 28- Rappeler aux professionnels concernés par cette prise en charge les procédures devant respecter l'anonymat

Annexes

ANNEXE 1 : lettre de mission



Service émetteur : Direction de la démocratie sanitaire
de la communication et des partenariats

Docteur Karine GALAUP
Conseiller Médical
Direction de la démocratie sanitaire
de la communication et des partenariats
ARS Ile-de-France

Paris, 29 MAR. 2012

Objet : lettre de mission de Karine Galaup relative à l'analyse du parcours de santé de la femme ayant choisi d'interrompre sa grossesse.

Un des trois défis que l'Agence Régionale de Santé s'est fixé dans son plan stratégique est celui d'adapter les parcours de santé aux besoins des Franciliens et de veiller à la qualité de ces parcours.

Dans le cadre de l'élaboration du schéma régional de périnatalité, je souhaite que vous meniez une réflexion spécifique sur l'interruption volontaire de grossesse, centrée sur la qualité du parcours de santé de la femme qui aura décidé d'y avoir recours.

Dans ce cadre là, et en lien avec la direction de la santé publique et la direction de l'offre de soin et médico-sociale, vous analyserez la lisibilité, l'accessibilité et la fluidité de ce parcours de santé. Vous étudierez également la qualité de l'information, de l'accompagnement et des conditions d'accueil de la femme dans les structures proposant des IVG.

Pour cela, vous rencontrerez, notamment, les représentants d'associations d'usagers, les représentants d'associations de femmes, les représentants d'associations et d'organisations de professionnels de ce domaine, le réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie.

Le résultat de votre travail est attendu pour le mois de septembre 2012.

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé
d'Ile-de-France

Claude EVIN

ANNEXE 2: les personnes rencontrées

- 1- **Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO)**
 - Dr Sophie GAUDU

- 2- **Association du centre des régulations des naissances AP-HP (ACRNAP)**
 - Marilyn AUGER
 - Dr Laurence DANJOU
 - Dr Nelly HOMASSON
 - Dr Michel TEBOUL
 - Dr Françoise BACLE

- 3- **Mouvement français du planning familial (MFPF)**
 - Caroline REBHI coordonnatrice régionale,
 - Martine NAWRAT, coordonnatrice régionale du programme Réduction des Risques Sexuels

- 4- **La coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception (CADAC)**
 - Maya SURDUTS
 - Nora TENENBAUM

- 5- **Le collectif de Tenon**
 - Jeanine LEROUX,
 - Josée PEPIN,
 - Isabelle FRIDE

- 6- **Le collectif « Les filles des 343»**
 - Sabine LAMBERT,

- 7- **Association Nationale des Centres d'Interruption volontaires de grossesse et de Contraception (ANCIC)**
 - Dr Sophie EYRAUD,
 - Dr Jean Claude MAGNIER,
 - Dr Martine HATCHUEL,
 - Dr Marie-Laure BRIVAL,

- 8- L'association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des conseils généraux (ANDASS)**
- Françoise SIMON, directrice de l'enfance et de la famille au Conseil général du 93,
 - Dr Emmanuelle PIET (CG93)
- 9- Coordination des centres de santé de Paris**
- Danièle POZZA, directrice du Centre de santé, Institut Alfred Fournier, Paris 14ème
- 10- Collectif des coordinateurs des PASS**
- Dr Hélène de CHAMP LEGER
 - Dr Claire GEORGE
 - Dr Mathilde ANDAUER
- 11- Collectif inter associatif autour de la naissance CIANE (RU agréé)**
- Constance MINET
- 12- Conseil Régional**
- Penelope KOMITES
- 13- Ville de Paris**
- Fatima LALEM
- 14- Assurance Maladie**
- Armance PHILIZOT,
 - Nicole PARENTI

ANNEXE 3 : relecteurs en interne

- Direction de la stratégie :
 - Marie Paule CUENOT, conseiller médical
 - Anne PINTEAUX, conseiller médical
- Direction de la santé publique
 - Anne-Gaëlle DANIEL, inspecteur principal
 - Marie-Pierre MENAGER, conseiller médical
- Direction de l'offre de soins
 - Arnaud DE LA SEIGLIERE, responsable du département de l'organisation et de la régulation de l'offre ambulatoire
 - Anne DESOUCHES, conseiller médical
- Direction de la démocratie sanitaire, de la communication et des partenariats
 - Magali EYMERI, directrice adjointe du pôle démocratie sanitaire,
- Délégation territoriale de Seine et Marne
 - Catherine GARAUDE, conseiller médical



Agence Régionale de Santé d'Île-de-France

35 rue de la gare,

75935 PARIS CEDEX 19

Tél 01.44.02.00.00

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr>

<http://www.sante-iledefrance.fr/>