

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction santé des populations
et prévention des maladies chroniques

Bureau SP1

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau R3

Circulaire n° DGOS/R3/DGS/SPI/2016-243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à l'élaboration de plans régionaux

NOR: AFSH1621602J

Date d'application: immédiate.

Validée par le CNP le 22 juillet 2016. – Visa CNP 2016-121.

Catégorie: directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé: un plan régional IVG doit être élaboré par chaque ARS afin d'organiser une réponse adaptée aux différentes situations, en prenant en compte les enjeux d'accès aux soins sur les territoires et de qualité et sécurité des prises en charge. Dans l'objectif d'améliorer l'accès aux IVG, il convient d'assurer la coordination des différents acteurs, en veillant à la complémentarité de l'offre en établissements de santé et hors établissements de santé, avec accès aux différentes méthodes.

Mots clés: grossesses non désirées – IVG.

Références:

Code de la santé publique: articles L. 6323-1; D. 6323-1 et D. 6323-2;

Circulaire DH/DGS/DREES/SDFE n° 99-628 du 17 novembre 1999 relative à l'organisation et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG);

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 et ses annexes;

Circulaire DGOS R3/DGS/MC1 n° 2015-245 du 23 juillet 2015 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été et au soutien aux plateformes téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception;

Instruction DGS/MC1/DGOS/R3/2010/377 du 21 octobre 2010 relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Accès des personnes mineures à la contraception;

Instruction DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional;

Recommandation pour la pratique clinique de la Haute autorité de santé (HAS) « prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines », mars 2001, partiellement modifiée en décembre 2010.

Annexes:

Annexe 1. – Les actions nationales et régionales pour 2016.

Annexe 2. – Trame de plan régional d'accès à l'IVG.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour mise en œuvre) ; Mesdames et Messieurs les directeurs de centres de santé (pour mise en œuvre).

Cette circulaire vise à présenter les nouvelles mesures pour l'accès à l'IVG mises en œuvre en 2016 au niveau national et à définir les actions à conduire par les ARS, en cohérence avec les actions nationales, dans le cadre des plans régionaux d'accès à l'IVG. Elle propose une trame méthodologique pour l'élaboration des plans régionaux.

Cette circulaire poursuit la dynamique engagée par la circulaire DGOS R3/DGS/MC1 n° 2015-245 du 23 juillet 2015 qui vous demandait de garantir une permanence d'accès à l'IVG pendant la période de congés estivaux et de soutenir les plateformes téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception sur lesquelles s'appuie le numéro national d'information anonyme et gratuit.

Les constats et les orientations stratégiques nationales en matière d'IVG

Près de 230 000 femmes ont recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chaque année en France (100 000 par voie instrumentale et 130 000 par voie médicamenteuse en 2013, dont 34 500 réalisées hors d'un établissement de santé¹).

Depuis 2012, de nombreuses mesures visant à renforcer l'offre d'IVG et faciliter le parcours des femmes souhaitant interrompre leur grossesse ont permis des évolutions favorables. Il s'agit notamment du remboursement à 100 % de l'IVG pour toutes les femmes, de la revalorisation des forfaits d'IVG par méthode instrumentale pour maintenir cette offre sur le territoire, de la suppression de la notion de détresse, du renforcement du délit d'entrave, de la création du site www.ivg.gouv.fr et de la rédaction de la brochure « IVG médicamenteuse à domicile ».

Toutefois, si l'accès à l'IVG est le plus souvent aisé sur le territoire, on note de fortes disparités des taux de recours selon l'âge (principalement la classe des 20/24 ans), les régions (davantage dans les DOM, en Île-de-France et dans le Sud de la France). Des difficultés peuvent survenir, pour certaines femmes, notamment en situation de vulnérabilité ou lors de la mise en tension de l'offre en période estivale. Certaines femmes, insuffisamment informées, peuvent être encore, mal ou tardivement orientées ou ne pas avoir la possibilité de choisir les modalités d'IVG qui leur conviennent le mieux.

C'est pourquoi, un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG a été présenté en janvier 2015 par la Ministre chargée de la santé. Il s'inscrit dans la volonté du Gouvernement d'améliorer l'information, de faciliter le parcours des femmes et de renforcer l'accessibilité de l'IVG sur l'ensemble du territoire au travers, notamment, d'une offre diversifiée. Cette dynamique, enclenchée en 2015, s'est traduite par des avancées substantielles inscrites dans la loi de modernisation de notre système de santé :

- la suppression du délai de réflexion entre l'information et le consentement des femmes souhaitant une IVG ;
- la possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses ;
- le recrutement possible de praticiens contractuels dans les établissements publics de santé pour la réalisation d'IVG ;
- la réalisation, désormais possible, d'IVG instrumentales en centres de santé dans le cadre d'un cahier des charges défini par la Haute Autorité de Santé.

Le déploiement en région de la stratégie nationale

Afin de déployer régionalement cette dynamique, des plans régionaux d'accès à l'IVG sont prévus dans le cadre de cette même loi. L'enjeu pour les régions est de s'attacher à mettre en œuvre les mesures nouvelles et à renforcer les actions déjà entreprises et d'inscrire leur démarche dans une perspective régionale, en concertation avec les parties prenantes, compte tenu des constats observés.

L'objectif est d'améliorer l'information des femmes sur leurs droits, la formation des professionnels, les prises en charge proposées afin que les parcours soient fluides et que les femmes

¹ Sources DREES, « les IVG en 2013 », études et résultats, juillet 2015 n° 294.

puissent accéder aux méthodes et aux lieux de leur choix. Des actions spécifiques sont à mettre en œuvre pour l'accès à l'IVG des populations dites vulnérables (femmes mineures, en situation de précarité,...) et à la garantie de l'anonymat et de la gratuité de l'ensemble de leur parcours IVG. Une attention particulière sera également portée aux femmes dont la grossesse a dépassé la 10^e semaine.

L'enjeu d'accessibilité tant territoriale qu'en termes de diversité de l'offre est essentiel. Dans cette perspective, si l'activité IVG peut être envisagée dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire, dans une logique de mutualisation des ressources humaines et des plateaux techniques, il conviendra de veiller à ce que les lieux de réalisation ne soient pas limités en nombre et que l'accès à une offre de proximité diversifiée soit garanti.

L'élaboration des plans régionaux implique une démarche fondée sur un diagnostic partagé entre les acteurs locaux (professionnels de santé, associations spécialisées, etc.) permettant d'identifier les leviers à mobiliser et les actions à conduire. La mise en place d'une démarche de suivi et d'évaluation des plans d'actions est à envisager dès la conception de ceux-ci. À cette fin, il conviendra de renforcer le recueil et l'analyse des données notamment d'activité, d'accessibilité afin de mieux mesurer l'impact des actions mises en œuvre.

Vous trouverez en annexes de cette circulaire d'une part la description détaillée des mesures portées au niveau national et attendues dans les régions ainsi qu'une proposition de plan régional type, dont vous pourrez utilement vous inspirer.

Je vous demanderais de bien vouloir procéder à un diagnostic territorial en concertation avec les acteurs d'ici le mois d'octobre 2016. Cela vous permettra d'élaborer le plan régional IVG et de nous l'adresser pour le 30 novembre 2016 au plus tard (contact: DGOS-R3@sante.gouv.fr).

Il vous appartient d'y intégrer les organisations en période estivale. S'agissant des périodes de congés, toutes les dispositions utiles sont à prendre pour garantir la continuité des prises en charge, au niveau des permanences téléphoniques et des structures de prise en charge. Je vous invite à transmettre à mes services l'état des difficultés rencontrées le cas échéant.

Mes services sont à votre disposition pour toute information complémentaire.

La ministre des affaires sociales et de la santé,
MARISOL TOURAINE

ANNEXE 1

LES ACTIONS NATIONALES ET RÉGIONALES POUR 2016

I. – LES MESURES NOUVELLES MISES EN ŒUVRE AU NIVEAU NATIONAL EN 2016

1.1. *La suppression du délai de réflexion*

La Loi pour la modernisation de notre système de santé a supprimé le délai de réflexion entre la consultation d'information et celle du recueil de consentement dès sa promulgation le 26 janvier 2016. De ce fait, les deux consultations préalables à l'IVG existent toujours¹, mais c'est la femme qui choisit le temps de réflexion qu'elle souhaite se donner.

Toutefois, un délai de réflexion de 2 jours est maintenu pour les femmes demandant à bénéficier d'une consultation psychosociale². Cette consultation est obligatoire pour les jeunes femmes mineures; elle est facultative pour les femmes majeures.

1.2. *L'amélioration de la prise en charge financière de l'IVG*

Il s'agit d'harmoniser le forfait de prise en charge de l'IVG en ville et celui de l'IVG en établissement de santé afin que les femmes bénéficient, sur l'ensemble du territoire, de la même prise en charge. Des actes demandés aux femmes, actuellement non pris en charge à 100 % par la sécurité sociale, sont désormais intégralement remboursés, qu'ils soient effectués en milieu hospitalier ou en ville: les examens de biologie médicale, l'échographie de datation pré-IVG, la consultation de recueil du consentement, les examens de biologie de suivi et l'échographie de contrôle.

Cette amélioration de la prise en charge financière permet d'assurer la gratuité complète de l'IVG et des actes afférents, quel que soit le lieu de réalisation de l'IVG.

Cette mesure a fait l'objet d'un arrêté entré en vigueur le 1^{er} avril 2016.

1.3. *La possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses*

Les sages-femmes peuvent désormais réaliser des IVG médicamenteuses. Cette mesure permet d'augmenter l'offre sur tout le territoire et ainsi de proposer un réel choix de la méthode aux femmes qui souhaitent interrompre une grossesse.

Cette nouvelle compétence des sages-femmes est possible hors établissement de santé (CPEF, Centres de santé, libéral) depuis la publication du décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination et, dans les établissements de santé dès la publication de l'arrêté modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et dont la publication est imminente.

Le décret susvisé, comme pour les médecins, précise les conditions à remplir pour attester d'une pratique suffisante et régulière de l'IVG médicamenteuse nécessaire pour cette activité hors établissement de santé.

À ce propos, pour les médecins n'ayant pas de qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique ou pour les sages-femmes, la pratique suffisante et régulière est attestée par le directeur de l'établissement sur présentation d'un justificatif établi par le responsable médical concerné. Il vous est demandé de rappeler aux directeurs d'établissements l'importance de la mise en œuvre de cette disposition afin de faciliter l'accès à l'IVG. Il vous est également demandé d'informer les directeurs et responsables médicaux qu'ils peuvent prendre en compte les formations spécifiques suivies par ces professionnels dans le cadre de diplôme universitaire ou du développement professionnel continu (DPC) à la condition que ces formations aient comporté une formation théorique et pratique de l'IVG médicamenteuse.

Une convention entre le professionnel de santé et un Établissement de santé devra être signée et sera notamment adressée à l'ARS ce qui vous permettra de connaître et d'actualiser l'offre d'IVG médicamenteuse en ville.

¹ Article L2212-3 et L2212-5 du Code de la santé publique.

² Article L2212-5 du Code de la santé publique.

1.4. *Les mesures relatives aux personnels médicaux des établissements de santé*

Afin de faciliter le recrutement par les établissements publics de santé de praticiens contractuels réalisant des IVG, une modification sera apportée au code de la santé publique autorisant, particulièrement pour cette activité, la conclusion de contrats comportant une quotité de travail inférieure à 4 demi-journées par semaine.

Cette mesure répondra aux attentes des praticiens libéraux dont la participation constitue une ressource essentielle au bon fonctionnement des structures hospitalières réalisant des IVG.

Le décret en Conseil d'État devrait être publié au deuxième semestre 2016.

1.5. *La possibilité pour les centres de santé de réaliser des IVG instrumentales*

Enjeux

La loi de modernisation de notre système de santé a prévu que les médecins exerçant en centres de santé puissent réaliser des IVG instrumentales dans des conditions techniques et de sécurité définies dans le « Cahier des charges des conditions nécessaires à la réalisation des IVG instrumentales hors établissement de santé », validé par le collège de la HAS le 16 mars 2016.

L'objectif est de permettre aux femmes qui le souhaitent, de disposer d'un accès à l'IVG instrumentale au sein de structures différentes, non hospitalières, dans un souci de plus grande proximité pour les femmes qui le souhaitent.

La mise en œuvre de l'IVG instrumentale doit permettre d'accroître et de diversifier l'offre pour répondre aux besoins des femmes. Ainsi que le précise la HAS, le développement de l'IVG instrumentale en centres de santé ne vient pas se substituer aux réponses que doivent par ailleurs assurer les établissements de santé. Cette attention est essentielle afin d'offrir aux femmes un véritable choix concernant d'une part les techniques (IVG médicamenteuse, IVG instrumentale par anesthésie locale, locorégionale ou générale), d'autre part les lieux de réalisation (en, ou hors établissement de santé).

Règles prévues dans le cahier des charges de la HAS

Les exigences à respecter et les recommandations de bonne pratique, ainsi que l'indique la HAS dans le cahier des charges, sont les mêmes, quel que soit le lieu de réalisation de l'acte (en, ou hors établissement de santé) en termes de soins précédant l'IVG instrumentale (notamment les consultations préalables), d'antibioprophylaxie, de prémédication, de préparation du col utérin, de dilatation et d'aspiration, de surveillance après l'IVG et d'accompagnement, notamment psychologique et social, conformément à la réglementation.

Il est à noter que si les techniques chirurgicales sont les mêmes qu'en établissement de santé (technique d'aspiration), seules les anesthésies locale et locorégionale sont réalisables en centre de santé, ce qui exclut les pratiques de l'anesthésie générale et la sédation intraveineuse.

Il est souligné que les centres de santé doivent notamment :

- prévoir l'entretien préalable avant l'IVG, qui doit toujours être conduit en garantissant la confidentialité des échanges ;
- délivrer une information complète et adaptée sur les différentes modalités médicales, chirurgicales et anesthésiques (locale, locorégionale et générale) de l'IVG à la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse, pour éclairer sa décision sur le choix de la méthode et du lieu de réalisation.

Sont également précisés dans le cahier des charges :

- les conditions précises de réalisation des IVG en centres de santé (notamment l'éligibilité des femmes) ;
- la technique anesthésique utilisée (anesthésie locale ou locorégionale sans sédation intraveineuse) ;
- les modalités de suivi post-IVG immédiate et de gestion des complications ;
- l'environnement (locaux, matériels, équipements) et les conditions techniques (hygiène, asepsie notamment) ;
- les personnels requis et leur formation.

1.6. *L'amélioration du recueil des données en matière d'IVG pour garantir une meilleure connaissance de l'accès à l'IVG sur le territoire*

Les acteurs doivent être coordonnés pour une meilleure analyse des connaissances. Ces connaissances doivent être partagées entre tous afin de contribuer à établir un état des lieux commun de la pratique de l'IVG en France et du parcours des femmes.

C'est la raison pour laquelle une commission sur les données et la connaissance de l'IVG, pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), a été créée. Elle réunit les principaux producteurs de données, les professionnels de terrain et les associations spécialisées. Elle a commencé ses travaux au premier trimestre 2015 et produira un rapport mi 2016.

Dans cet esprit d'amélioration du recueil des données et dans le but de rendre plus performant et efficient le suivi de l'activité IVG et évaluer le présent programme d'action, le recueil PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) sera amélioré et des enquêtes *ad hoc* pourront être conduites.

II. – LES PRIORITÉS D'ACTION AU NIVEAU RÉGIONAL EN 2016

L'article 158 de la loi du 26 janvier 2016 (article L.1434-7 du CSP) prévoit l'élaboration d'un plan régional pour l'accès à l'IVG prévu par les agences régionales de santé sur la base des orientations nationales présentées dans cette instruction et après concertation avec les acteurs locaux (professionnels de santé, associations spécialisées, etc.).

Ces plans régionaux pourront s'inspirer utilement de la trame présentée en annexe 2 de la circulaire et s'attacheront à améliorer, d'une part, l'information des femmes sur leurs droits, et, d'autre part, les prises en charge proposées: les femmes doivent pouvoir accéder aux méthodes et aux lieux de leur choix; les parcours doivent être fluides prenant en compte les situations particulières.

Il existe également un enjeu majeur autour du recueil des données, pour garantir une meilleure connaissance de l'accès à l'IVG sur les territoires et prévoir ainsi toutes les mesures d'accompagnement nécessaires.

2.1. *Mieux informer les femmes sur leurs droits*

Le soutien aux plateformes téléphoniques régionales

Le numéro national « Sexualités, contraception, IVG » mis en place en septembre 2015 (0800 08 11 11), porté par le Mouvement français du planning familial (MFPF), permet de mieux informer les femmes sur l'IVG et plus largement sur la contraception et la sexualité, *via* une information neutre et objective, ainsi que, de leur apporter des conseils et de les orienter en tant que de besoin. Il permet de garantir l'homogénéité des messages délivrés et l'égalité de toutes dans l'accès à l'information, en gommant les disparités régionales et, en permettant une plus grande couverture horaires (ouverture 6 jours sur 7, du lundi au samedi de 9h à 20h00 et à 22h00 le lundi).

Ce dispositif national fonctionne en s'appuyant sur les plateformes régionales afin d'apporter des informations de qualité au plus près des besoins des appelant(e)s. Une convention nationale avec le MFPF permet de financer le serveur interactif national et le répondeur relais, la production d'outils d'aide à la réponse, d'annuaires informatisés des ressources, d'outils de recueil de données harmonisées, ainsi que la formation des écoutantes. Cette convention n'ayant pas vocation à financer les plateformes régionales, la circulaire DGOS/R3/DGS/MC1/2015/245 du 23 juillet 2015 demandait aux ARS de maintenir leur soutien à celles-ci et de soutenir la bonne articulation entre le MFPF et les acteurs locaux.

Le développement des outils d'information

L'information des femmes qui souhaitent interrompre une grossesse, permet de faciliter l'entrée dans le parcours, de garantir le libre choix de la méthode, mais aussi – et surtout – de lutter contre la culpabilisation.

Vous pourriez poursuivre la démarche qui a été engagée au niveau national par la campagne de septembre 2015:

- en consacrant une page dédiée à l'IVG sur votre site internet et contribuer à la promotion de plusieurs supports comme les outils et les sites internet des réseaux de périnatalité;
- en poursuivant les actions d'information et de formation. Un kit de communication est à votre disposition sur le site ivg.gouv.fr rubrique « partenaires et associations » afin de vous permettre de relayer la campagne nationale;
- en accompagnant les initiatives locales d'accueil et d'écoute des associations en lien avec les Délégations régionales aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) ainsi que les initiatives dans les quartiers de la politique de la ville ou zones rurales pour encourager les femmes à s'exprimer;
- en mettant à disposition des outils référençant les lieux de réalisation des IVG et des méthodes disponibles. Les conventions des professionnels réalisant les IVG hors établissement devant

vous être transmises, il est possible d'actualiser les informations diffusées auprès du public et de la plateforme régionale. Toutefois, l'accord du professionnel, pour rendre publique cette information, doit être obtenu et de préférence par écrit.

2.2. Simplifier et améliorer le parcours des femmes

L'accès et la continuité de l'offre y compris en période estivale

Dans le respect du droit de la femme et afin de lui garantir la possibilité de choisir une méthode d'avortement qui lui convienne, l'accès à l'IVG implique que toutes les femmes soient prises en charge, dans le respect de la loi, toute l'année, sur l'ensemble du territoire. Les enquêtes réalisées auprès des ARS en 2012 et 2013, ainsi que les enseignements des programmes d'inspection des établissements de santé, ont montré plusieurs difficultés liées à l'organisation de l'activité. Parallèlement, le nombre d'établissements de santé réalisant des IVG s'est réduit ces dernières années et n'a pas été totalement compensé par l'augmentation de l'offre de ville.

Vous avez d'ores et déjà reçu l'instruction de maintenir l'IVG dans l'offre de soins de gynécologie obstétrique et d'y veiller plus spécifiquement en période estivale. En effet, vous devez veiller à ce que les établissements fournissent cette offre de soin complète. Ces mesures permettront d'augmenter l'offre sur tout le territoire et ainsi de proposer un réel choix de la méthode aux femmes qui souhaitent interrompre une grossesse.

Parallèlement aux actions de formation, les réseaux, notamment de santé en périnatalité, ont également vocation à porter des démarches d'amélioration continue de la qualité. Dans ce cadre, des enquêtes et audits peuvent être conduits, portant notamment sur des points faibles identifiés par vos soins dans l'organisation territoriale, ou sur des points critiques relevés dans les parcours des femmes.

L'accompagnement des situations particulières

Les populations vulnérables

Vous devrez vous assurer que les personnes vulnérables notamment les mineures et les personnes en situation de précarité bénéficient du même accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire. Dans ce cadre, l'intervention coordonnée d'acteurs sanitaires et médico-sociaux peut être essentielle.

Une attention particulière devra être apportée à l'accès à l'IVG pour les personnes n'ayant pas de droits ouverts, notamment les personnes étrangères.

- Il est rappelé que l'IVG ne peut pas être refusée, même si la femme n'a pas de garantie de paiement;
- Il ne peut pas être demandé de paiement intégral de l'acte en cas d'absence de couverture sociale effective;
- L'absence de couverture sociale ne peut pas représenter un motif de refus à la prise en charge de la femme en demande d'IVG.

Pour ces situations, vous pourrez mobiliser les PASS hospitalières et rappeler l'existence du dispositif « soins urgents »³ qui devront être utilisés lorsque la situation l'impose.

Une attention doit être également portée aux demandes d'IVG lorsque le terme est avancé pour permettre une orientation rapide vers le bon professionnel de santé.

Les IVG tardives

Les IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse, du fait de la proximité avec le terme du délai légal, doivent être réalisées en urgence. Les femmes concernées connaissent davantage de difficultés pour obtenir un rendez-vous notamment parce que les professionnels opposent plus fréquemment la clause de conscience pour ce type d'IVG ; elles doivent être orientées ou réorientées vers un établissement pouvant les prendre en charge au plus vite.

C'est la raison pour laquelle, une instruction aux réseaux de santé en périnatalité du 3 juillet 2015 a rappelé que, sur la base d'un diagnostic régional, les réseaux de santé en périnatalité sont chargés de définir un protocole appelé « protocole régional d'urgence pour la prise en charge des demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 semaines de grossesse » pour améliorer la réponse aux besoins identifiés sur les territoires. Nous vous informons que vous serez sollicités pour une évaluation de cette mesure qui sera réalisée dans le courant de l'année 2017.

³ Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005; Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008.

2.3. Garantir aux femmes une offre d'IVG diversifiée

L'IVG en établissement de santé

Vous ne manquerez pas de maintenir votre attention sur la réalité de l'offre proposée et sur l'organisation de l'activité. En effet, vous devez veiller à ce que les établissements autorisés à l'activité d'obstétrique assurent cette offre. Vous devrez vous assurer de la possibilité de recours à l'ensemble des méthodes.

Vous resterez vigilant à ce que la nouvelle possibilité pour les centres de santé de réaliser les IVG instrumentales n'amène pas des établissements de santé à se désengager dans la pratique de cette activité.

Au contraire, le cahier des charges de la HAS pour la réalisation des IVG instrumentales dans les centres de santé, présente une opportunité pour permettre aux établissements de santé d'envisager la réalisation de celles-ci sous anesthésie locale en dehors des blocs opératoires et par voie de conséquence faciliter l'accès à cette pratique. En effet, les conditions définies par la HAS sont également applicables en établissement de santé et seules les IVG instrumentales avec anesthésie générale seront impérativement réalisées en bloc opératoire avec la présence d'un médecin anesthésiste.

Plusieurs leviers peuvent être mobilisés au service de cette politique :

- la contractualisation avec les établissements de santé, mobilisant le cas échéant les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre ARS et établissements,
- l'évaluation de l'effectivité de la réalisation de l'activité, à l'occasion de visites d'inspection ou de visites de conformité relatives aux autorisations d'obstétriques pour lesquelles vous avez à instruire le renouvellement le cas échéant,
- le rapprochement avec les réseaux, de façon à ce que des retours d'expérience puissent être partagés entre les professionnels de santé, dans une logique d'amélioration des pratiques et de diffusion des organisations pertinentes.

L'organisation de l'activité d'IVG peut, par ailleurs, être envisagée dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire, dans une logique de mutualisation des ressources humaines et des plateaux techniques. Dans cette perspective, il conviendra de veiller à ce que les lieux de réalisation ne soient pas limités en nombre et que l'accès à une offre de proximité soit garanti.

L'IVG en ville

Vous pourrez mener des actions de sensibilisation et de formation à l'attention des professionnels de ville autorisés à pratiquer l'IVG. Vous pourrez à cet effet avoir recours aux réseaux de périnatalité, aux associations professionnelles ou aux autres ressources locales (ex: réseau REVHO) et qui constituent un vecteur essentiel de l'information auprès des professionnels de santé, des professionnels de la périnatalité ainsi que des femmes.

Vous veillerez plus particulièrement à accompagner la mise en œuvre de la mesure relative aux centres de santé, sur la base des recommandations précitées de la Haute autorité de santé.

Afin de faciliter la mise en œuvre de cette mesure, nous vous encourageons à prendre contact, d'ores et déjà, avec les centres de santé de votre région afin de connaître leurs éventuels projets d'IVG instrumentale. Cette démarche vous permettra de disposer d'une première cartographie préfiguratrice de cette offre et de pouvoir notamment, en examiner la cohérence avec l'offre existante.

Il conviendrait, par ailleurs, de demander aux centres de santé souhaitant mettre en œuvre l'IVG instrumentale de vous faire parvenir dans les plus brefs délais (avant la mise en œuvre effective de l'activité) leur projet médical et leur projet de règlement intérieur modificatifs⁴ précisant l'organisation envisagée pour répondre aux attendus du cahier des charges de la HAS.

Il conviendra dans l'examen des projets transmis que vous soyez particulièrement vigilants au respect de l'ensemble des conditions décrites dans le cahier des charges, notamment sur :

- les modalités précises prévues pour l'anesthésie ;
- la prise en charge du suivi post-IVG et des complications immédiates (protocoles d'urgence, organisation du transfert, convention de repli avec un établissement partenaire, chariot d'urgence...);
- le personnel (en nombre et qualification) ;

⁴ L'article 1^{er} de l'arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé prévoit que le projet de santé arrêté par le gestionnaire du centre de santé soit porté à la connaissance du directeur général de l'ARS et qu'en cas de projet de santé modificatif, le nouveau projet précise la nature de la modification ayant conduit à une nouvelle rédaction.

- la mise en place d'un système de gestion des risques et de pilotage de l'activité et d'un protocole de déclaration des événements indésirables liés aux soins avec procédure d'urgence en cas d'événements indésirables graves;
- l'élaboration de parcours de soins adaptés aux situations des femmes (mineures, femmes en situation de précarité) et respectueux de leur choix.

Concernant les thérapeutiques, il faut rappeler que la commande à usage professionnel de médicaments est possible dans le cadre et les conditions prévus à l'article R.5132-4 du CSP.

Compte tenu des exigences de qualité et de sécurité des soins que requiert la mise en œuvre d'IVG instrumentales, il conviendrait de demander aux centres de santé mettant en œuvre cette activité :

- de fournir annuellement des données d'activité et de suivi de la qualité des soins⁵,
- de signaler immédiatement tout événement indésirable grave lié aux soins.

En cas de difficultés de mise en œuvre, de données insuffisantes de suivi ou de la survenue d'une situation ou d'indicateurs témoignant d'une qualité/sécurité des soins insuffisante, il vous apparaîtra d'envisager une inspection et d'appliquer les dispositions en vigueur⁶.

⁵ Exemples d'indicateurs 1) Indicateurs d'activité et d'accessibilité (nombre d'IVG/an, nombre de femmes éligibles et ayant eu une IVG/ nombre de femmes éligibles et demandeuses, délai de RV), 2) satisfaction des patients (questionnaire); 3) indicateurs de qualité et de sécurité: nombre, des événements indésirables liés aux soins par typologie (accidents anesthésiques, accidents liés à la technique chirurgicale, complications post-IVG précoces ou après la sortie, infections nosocomiales, autre), nombre de repli, nombre de transport de transports médicalisé pour transfert, nombre de reprises chirurgicales réalisés suite au transfert; 4) déclaration obligatoire et immédiate en cas de décès d'une patiente ou de transfert en réanimation.

⁶ Art. D.6323-10 du CSP : lorsque le directeur générale de l'ARS constate que les conditions de fonctionnement du centre de santé ne permettent pas d'assurer la qualité et la sécurité des soins, il le notifie par courrier au gestionnaire du centre de santé et lui demande de faire connaître sous 15 jours suivant la date de réception, ses observations ainsi que les mesures correctrices adoptées ou envisagées. En cas d'absence de réponse ou de réponse insuffisante dans ce délai, il enjoint le gestionnaire du centre de santé de prendre toutes dispositions nécessaires à la cessation des manquements dans un délai déterminé. Il en constate l'exécution.

ANNEXE 2

LA TRAME DE PLAN RÉGIONAL D'ACCÈS À L'IVG

1. Faire un état des lieux régional

Évolution du nombre d'IVG dans la région depuis a *minima* les dernières.

Lieux de réalisations des IVG selon les méthodes (et, leurs accessibilités hebdomadaires).

Faire état des difficultés rencontrées.

2. Mieux informer les femmes

Il s'agit de s'appuyer sur l'ensemble des moyens de communication pour mieux informer les femmes des méthodes d'IVG et de leur permettre d'identifier les professionnels de santé ainsi que les lieux d'exercice.

Pour cela vous pourriez:

- ajouter le numéro vert national sur les plaquettes d'information existantes sur lesquelles on peut trouver le site du ministère et le numéro de la plateforme régionale,
- s'assurer que les permanences téléphoniques disposent des informations actualisées et fiables sur l'offre existante sur les territoires, dans les domaines touchant la sexualité, la contraception et l'IVG,
- consacrer sur votre site internet, une page dédiée à l'IVG et créer, sur la page d'accueil, un encart pour améliorer la lisibilité et l'accès à ces informations,
- lancer une campagne de communication sur l'accès à l'IVG en mettant en exergue les nouvelles mesures de la loi de modernisation de notre système de santé.

3. Améliorer le parcours et permettre l'accès à une offre diversifiée

Il s'agit, sur la base de l'état des lieux précité, de prévoir et de mettre en œuvre des mesures permettant de garantir une offre coordonnée dans le cadre d'un parcours fluide et adapté aux besoins des femmes. Vous veillerez à promouvoir la diversification des méthodes, des professionnels et des lieux de réalisation des IVG.

À cet effet, il faudrait se rapprocher des acteurs: réseaux de périnatalité, centres de planification ou d'éducation familial (CPEF), conseils départementaux, centre périnataux de proximité et professionnels de santé (médecins et sages femmes), centres de santé et associations locales:

- en communiquant les bonnes informations (numéros, lieux, changements législatifs);
- en s'assurant de la bonne mise en place des procédures par l'ensemble des acteurs afin d'éviter des inégalités d'accès.

Un travail de vérification et de rappel pourra s'opérer au cours des inspections, visites et contrôles pour s'assurer de l'application effective des dispositions législatives et réglementaires.

4. Porter une attention accrue aux situations particulières

Femmes en situation de précarité.

Femmes étrangères.

Femmes en situation de vulnérabilité (dont mineurs).

Femmes au terme avancé.

Périodes estivales.

Le plan régional d'accès à l'IVG doit également prévoir l'évaluation des actions par le recueil d'indicateurs qui permettront de suivre le nombre d'IVG ainsi que les techniques (instrumentale vs médicamenteuses) et les lieux de réalisation (en établissements de santé ou en ville). Des indicateurs de qualité pourront également être mobilisés (délais d'obtention de RV, satisfaction des femmes,...).