

**PLAN REGIONAL D'AMELIORATION DE L'ACCES A
L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE
EN BRETAGNE
2017 -2022**

Mot du Directeur de l'ARS Bretagne

La déclinaison régionale du programme national d'action pour améliorer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse rentre dans le cadre du travail engagé pour l'élaboration du futur Projet Régional de Santé 2018 – 2022 (PRS2) de l'ARS Bretagne.

Cette thématique faisait déjà partie des priorités du PRS 2012 – 2016, déclinant des objectifs dont certains sont encore à renforcer dans le cadre de ce plan régional d'accès à l'IVG.

Le plan présenté aujourd'hui couvrira la période 2018 – 2022, correspondant à celle du PRS 2, mais aussi l'année 2017, année de transition qui permettra de décliner déjà des actions prioritaires et de compléter l'état des lieux qui n'a pu être réalisé de manière exhaustive vu les délais contraints de réalisation.

Ce plan régional met en avant deux atouts de la région Bretagne quant à l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Je retiendrais tout d'abord un maillage permettant un accès dans un rayon de trente kilomètres à une structure réalisant les IVG, maillage certes perfectible mais qui permet aux femmes en demande d'avoir accès à au moins une technique d'IVG. Le deuxième atout qui est primordial pour assurer le succès de ce plan, est la dynamique régionale créée par des professionnels volontaires, compétents et motivés, réunis au sein du groupe ARMORIC, qui a su depuis sa création en 2012, impulser une série de formations. C'est pourquoi, j'ai d'ailleurs fait appel à des professionnels de ce groupe pour nous aider à élaborer ce plan, afin qu'il soit issu des besoins de professionnels de terrain connaissant bien les problématiques que rencontrent ces femmes en demande d'une IVG.

Les objectifs et actions qui sont présentés dans ce plan régional permettront de mettre l'accent sur des points à améliorer comme le déploiement de l'IVG médicamenteuse en ville, l'accès à l'ensemble des méthodes dans chaque centre, ou du moins sur un territoire de proximité, et la rationalisation des modes d'entrée dans le parcours. L'organisation en cours des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) pourra être un atout pour améliorer l'accès à l'IVG pour toutes les femmes en demande et pour toutes les techniques.

Je tiens à remercier tous les acteurs ayant participé à l'élaboration de ce plan : les professionnels sollicités, les membres du groupe ARMORIC qui ont apporté leurs compétences techniques et assuré la relecture du plan, et l'ORS Bretagne pour la mise à jour de l'état des lieux épidémiologique. Je tiens à remercier tout particulièrement Madame Elisa Quéméneur du Planning Familial 35 et Madame Marie-Paule Bernicot du Réseau Périnat 56, toutes deux membres du groupe ARMORIC, pour leur travail d'enquête et d'élaboration de ce plan régional d'amélioration de l'accès à l'IVG pour la région Bretagne.

Olivier de CADEVILLE

Contributions

Planning familial d'Ille et Vilaine

Elisa QUEMENEUR (Élaboration et rédaction)

Réseau Périnatalité du Morbihan

Marie-Paule BERNICOT (Élaboration et rédaction)

ORS Bretagne (données épidémiologiques)

Dr Isabelle TRON

Elisabeth QUEGUINER

Groupe ARMORIC (relecture)

Dr Sylvie DENOEL (CHBA de Vannes Auray)

Dr Françoise BERGER (CHIC de Quimper)

Pr Vincent LAVOUE (CHU de Rennes)

Dr Christian CALVEZ (Gynécologue Saint Briec)

Dr Olivier BERNARD (Médecin généraliste Rennes)

Dr Hélène GUICHAOUA (CH Guingamp)

Dr Cloé GUICHETEAU (Médecin généraliste Rennes)

ARS Bretagne

Dr Jean-Pierre EPAILLARD (Coordination)

SOMMAIRE

CONTEXTE DE L'ELABORATION DU PLAN	6
A. Contexte général	6
B. La situation en Bretagne.....	6
C. La volonté d'un plan ambitieux dans un contexte contraint	7
METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PLAN.....	7
AXE 1 : TENIR A JOUR L'ETAT DES LIEUX DE L'IVG EN BRETAGNE	8
A. Focus de l'ARS Bretagne : Les IVG en Bretagne.....	8
B. Cartographie de l'IVG en Bretagne.....	13
AXE 2 : MIEUX INFORMER LES FEMMES, LES JEUNES ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE	15
A. Une insuffisance d'informations sur l'IVG dans l'éducation à la sexualité	15
B. Un numéro vert national pas suffisamment utilisé et peu connu des professionnels en Bretagne	15
C. Une activité d'IVG peu signalée par les établissements de santé	16
D. Un manque de visibilité de l'activité d'IVG hors établissement de santé.....	17
E. Des professionnels de santé pas suffisamment informés sur l'IVG	17
AXE 3 : AMELIORER LE PARCOURS ET PERMETTRE L'ACCES A UNE OFFRE DIVERSIFIEE	18
A. Permettre l'accès à une offre diversifiée	18
1. Une diminution du nombre d'établissements réalisant des IVG en Bretagne	18
2. Un accès à la méthode médicamenteuse limité en ville et une concentration de cette méthode dans certains établissements	19
3. Une diversité des pratiques et un manque de cohérence territoriale des méthodes proposées	19
B. Améliorer le parcours.....	20
1. Une entrée dans le parcours d'IVG diversifiée mais peu structurée	21
2. Une difficulté d'accès à l'échographie.....	21
3. Une diversité d'inscription de l'activité d'IVG dans les établissements qui traduit des approches différentes	22
4. Une fragilité des équipes prenant en charge l'IVG dans certains centres.....	22
C. Améliorer les échanges afin de fluidifier le parcours et permettre l'accès à une offre diversifiée	23
1. Un manque d'échanges et de coordination entre les acteurs de la prise en charge de l'IVG	23
2. Une mission IVG confiée à plusieurs acteurs mais sans pilotage politique régional.....	24
AXE 4 : PORTER UNE ATTENTION ACCRUE AUX SITUATIONS PARTICULIERES	25
A. Une diversité des prises en charge des femmes en demande d'IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée.....	25

B. Un accompagnement des femmes mineures en demande d'IVG garanti mais inégalement réalisé	25
C. Des femmes étrangères et femmes en situation de précarité mises en difficulté du fait de leur vulnérabilité psycho-sociale, économique et familiale.....	26
D. Une organisation du parcours d'IVG moins fluide en période estivale.....	26
SYNTHESE GENERALE DES RECOMMANDATIONS DU PLAN REGIONAL D'ACCES A L'IVG EN BRETAGNE	28
ANNEXE 1 : LEXIQUE	31
ANNEXE 2 : ETABLISSEMENTS DE SANTE BRETONS REALISANT DES IVG AU 31/12/2016	32
ANNEXE 3 : CIRCULAIRE	33
ANNEXE 3 : LETTRE DE SAISINE	37

CONTEXTE DE L'ELABORATION DU PLAN

A. Contexte général

En septembre 2016, les Agences Régionales de santé recevaient une circulaire¹ du Ministère de la Santé les sollicitant pour l'écriture d'un Plan Régional d'Accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse. L'élaboration du Plan est une mesure du programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG lancé en 2015 par le Ministère de la santé et qui réunit une série de mesures en faveur de l'amélioration de l'accès à l'IVG.

Le programme national d'actions pour améliorer l'accès à l'IVG a été le point d'appui pour :

- La suppression du délai de réflexion.
- L'ouverture des compétences de sages-femmes pour la réalisation des IVG médicamenteuses.
- La mise en œuvre d'un Numéro Vert National Sexualités / Contraception / IVG.
- Le remboursement à 100% du parcours d'IVG.

Il répond à une partie des recommandations émises par le Haut Conseil à l'Egalité Femmes-Hommes dans un rapport relatif à l'accès à l'IVG (volet 2 : accès à l'IVG dans les territoires), remis le 7 novembre 2013 à Madame La Ministre des Droits des femmes.

Dans ce contexte, la définition d'un Plan Régional d'Accès à l'IVG doit permettre de :

- Faire respecter l'article R2212-4 du CSP qui impose la pratique de l'IVG à tous les établissements publics disposant d'un service de gynécologie et/ou chirurgie.
- Faire respecter l'article R2212-4 du CSP qui dispose que tous les établissements [concernés par cet article] doivent pratiquer l'IVG, et ce jusqu'à 12 semaines de grossesse.
- Travailler à la diffusion d'une information fiable et neutre sur l'IVG.
- Travailler à améliorer le parcours de réalisation d'une IVG, de la première demande à la visite de contrôle.
- Travailler à l'accompagnement et la prise en charge de situations particulières (femmes mineures, IVG entre 12 et 14 SA, femmes étrangères et femmes en situation de précarité...) et de périodes de fragilité d'organisation notamment en période estivale.

B. La situation en Bretagne

L'activité d'IVG en Bretagne est répartie sur le territoire au travers du maillage des établissements de santé et notamment des établissements publics. Les acteurs bretons ont depuis 2012 ressenti le besoin de structurer l'information, la formation, les échanges de pratiques sur l'IVG au niveau régional. Aussi, depuis 2012, les acteurs ont créé le réseau ARMORIC. Le Planning familial 35 et le réseau Périnat 56, membres du réseau ARMORIC, ont été sollicités pour l'élaboration du Plan Régional d'Accès à l'IVG sous la coordination de l'ARS. La relecture du document a été faite par des membres volontaires du réseau ARMORIC. L'ORS Bretagne a été sollicité pour une mise à jour des données épidémiologiques

¹ Voir le texte de la circulaire en annexe 2

sur l'IVG, données intégrées dans le tableau de bord régional sur la Vie affective et sexuelle dont la première version est sortie en septembre 2013.

C. La volonté d'un plan ambitieux dans un contexte contraint

L'ARS Bretagne a souhaité élaborer un plan adapté à la situation régionale et qui soit opérationnel pour les territoires. Pour autant, le calendrier contraint de rédaction du plan n'a pas permis de réaliser une sollicitation de l'ensemble des acteurs mobilisés sur l'IVG. La méthodologie d'élaboration a été soumise aux contraintes de calendrier. En ce sens, une des premières actions du Plan sera d'établir un état des lieux plus complet de l'IVG en Bretagne, enquête qui pourrait reprendre à la fois les problématiques d'accès et les problématiques de réalisation technique de cette activité.

METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PLAN

Etape 1 : Etat des lieux régional	
Approche épidémiologique de l'IVG en Bretagne Définition des lieux de réalisation de l'IVG en Bretagne Recueil des informations disponibles quant à l'accès à l'IVG Identification des difficultés potentielles Echange avec les membres du groupe ARMORIC sur cet état des lieux Analyse des éléments collectés et rédaction : état des lieux des centres et professionnels réalisant des IVG, cartographie des zones blanches, énoncé des freins à l'accès à l'IVG	Mi-October 2016
Etape 2 : Mieux informer les femmes	
Identification de la communication des CIVG disponibles en Bretagne Contact avec les responsables départementaux des CPEF (4 échanges) Analyse des éléments collectés et rédaction des constats Définition des recommandations et plan d'actions	Fin octobre 2016
Etape 3 : Améliorer le parcours et permettre l'accès à une offre diversifiée	
Etablir les besoins et les manques identifiés dans le parcours IVG des femmes Tester auprès du groupe ARMORIC les leviers et freins dans le parcours IVG Tester auprès de CCF les leviers et freins dans le parcours IVG Analyse des éléments collectés et rédaction des constats Définition des recommandations et plan d'actions	Novembre 2016
Etape 4 : Porter une attention accrue aux situations particulières	
Tester auprès du groupe ARMORIC les leviers et freins dans le parcours IVG des femmes en situation particulières Tester auprès de CCF les leviers et freins dans le parcours IVG des femmes en situation particulières Analyse des éléments collectés et rédaction des constats Définition des recommandations et plan d'actions	Novembre 2016
Rédaction finale du plan régional d'accès à l'IVG	
Rédaction finale V1 : constats, recommandation, calendrier des actions Relecture et apport d'expertise des membres du groupe ARMORIC Rédaction V2	Novembre 2016
Coordination du projet	
Points d'étape avec l'ARS Temps de coordination entre les 2 structures	Décembre 2016

AXE 1 : TENIR A JOUR L'ETAT DES LIEUX DE L'IVG EN BRETAGNE

A. Focus de l'ARS Bretagne : Les IVG en Bretagne²

La Bretagne, au 2^e rang des régions de faible recours à l'IVG en 2015¹

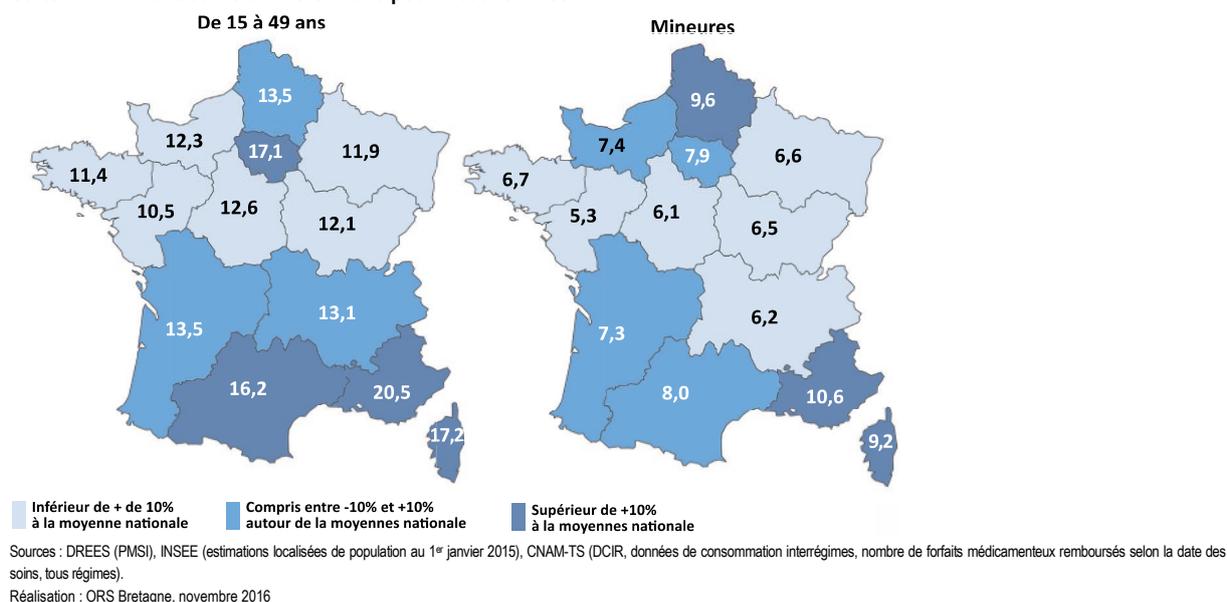
En 2015, avec un taux d'IVG de 11,4 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, la Bretagne se situe au 2^e rang des régions de plus faible recours pour l'ensemble de la tranche d'âge considérée, soit 7 734 IVG réalisées.

Chez les mineures², le taux de recours atteint 6,7 IVG pour 1 000 femmes mineures, plaçant la Bretagne au 6^e rang des régions de plus faible recours pour cette tranche d'âge.

¹ Nouveau découpage de la France métropolitaine en 13 régions selon la loi N° 2015-29 du 16 janvier 2015.

² Les taux de recours des mineures concernent les IVG de moins de 18 ans rapportés aux femmes de 15 à 17 ans.

Carte 1. Taux de recours à l'IVG en 2015 pour 1 000 femmes

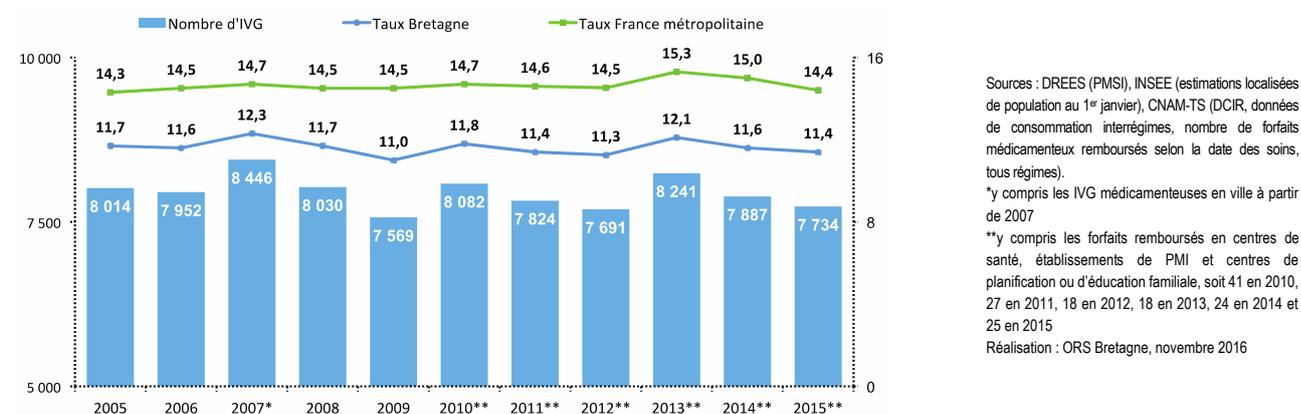


Un moindre recours en Bretagne, depuis plus de 10 ans

Sur l'ensemble de la période 2005-2015, le taux d'IVG en Bretagne demeure inférieur à celui observé en France métropolitaine.

Si le taux français affiche une relative stabilité autour de 14,5 de 2005 à 2015, à l'exception de l'année 2013 (15,3 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans), en Bretagne, le taux de recours a connu de sensibles fluctuations autour de 11,5 pour 1 000 sur l'ensemble de la période, affichant son taux le plus bas en 2009 (11,0 pour 1 000) et deux hausses isolées en 2007 et 2013 à plus de 12 pour 1 000.

Graphique 1. Évolution du nombre total d'IVG et du taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Bretagne et en France



² Etude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé en Bretagne, novembre 2016

Prise en charge à 100% des IVG depuis le 31 mars 2013 puis de l'ensemble des actes associés à partir du 1^{er} avril 2016

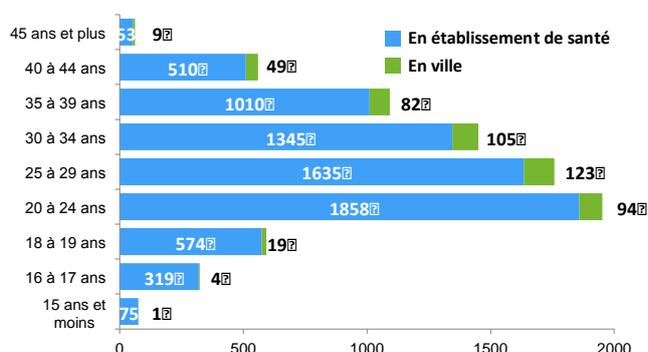
À partir du 31 mars 2013, les frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation liés à une interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie instrumentale ou médicamenteuse sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie : décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale. Cette mesure met fin aux différences de taux de prise en charge par l'assurance maladie : 100 % pour les assurées mineures et 70 % en soins de ville ou 80 % en établissement de santé pour les assurées majeures. De plus, depuis le 1^{er} avril 2016, tous les actes effectués autour d'une interruption volontaire de grossesse (examens de biologie, consultation de recueil du consentement, échographies...) sont remboursés à 100 %.

Les femmes de 20 à 24 ans sont les plus concernées par l'IVG (près d'1 IVG sur 4)

En 2014, en Bretagne, plus des trois quarts (79,5%) des femmes concernées par une IVG ont entre 20 et 39 ans.

- Parmi celles-ci, ce sont les femmes de 20 à 24 ans qui présentent le recours le plus fréquent puisque près d'un quart (24,8%) des IVG réalisées concerne cette population.
- Quelle que soit la tranche d'âge observée, et de façon stable sur la période 2011-2014, les IVG sont réalisées dans les établissements de santé, dans plus de 9 cas sur 10 (93,8 % en 2014). Toutefois, à partir de 20 ans, la part des actes réalisés en ville, progresse avec l'avancée en âge.

Graphique 2. Pyramide des âges des femmes ayant eu recours à l'IVG selon le lieu de réalisation en Bretagne en 2014



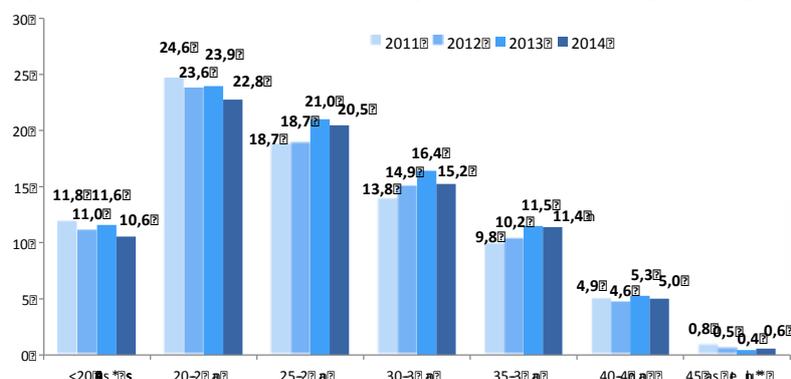
Sources : PMSI/SNIIRAM. Exploitation ARS Bretagne
Réalisation : ORS Bretagne, novembre 2016

Les taux de recours à l'IVG en recul chez les plus jeunes

À l'exception de l'année 2013, entre 2011 et 2014, en Bretagne, les taux de recours à l'IVG ont diminué chez les femmes de moins de 20 ans et celles de 20 à 24 ans.

- En particulier, le taux de recours à l'IVG chez les mineures est passé de 8,2 pour 1 000 femmes du même âge en 2011 à 6,9 pour 1 000 en 2014, soit 399 IVG réalisées (5,1% de l'ensemble des IVG en 2014).
- À l'inverse, le taux de recours à l'IVG a progressé entre 2011 et 2014 pour toutes les tranches d'âge comprises entre 25 à 39 ans. Après 40 ans, le taux de recours est resté relativement stable sur la période.

Graphique 3. Évolution du taux de recours à l'IVG pour 1000 femmes selon l'âge en Bretagne entre 2011 et 2014



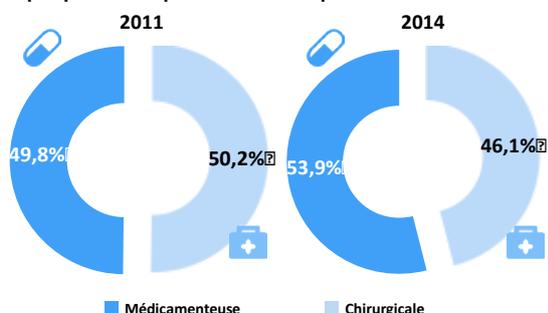
Sources : PMSI-SNIIRAM à partir de 2011 ; INSEE (estimations localisées de population au 1^{er} janvier). Exploitation ARS Bretagne
*Le taux de recours des femmes de moins de 20 ans concerne les IVG des moins de 20 ans rapportées à la population des femmes de 15-19 ans.
** Le taux de recours des femmes de 45 ans et plus concerne les IVG des 45 ans et plus rapportées à la population des femmes de 45-49 ans.
Réalisation : ORS Bretagne, novembre 2016

Une part croissante des IVG médicamenteuses ...

La répartition des IVG selon la technique utilisée - médicamenteuse ou chirurgicale (sans distinction selon le mode d'anesthésie) - se confirme en 2014.

- La part de la technique médicamenteuse poursuit sa progression et concerne, en 2014, plus d'une IVG sur deux (53,9% vs 49,8% en 2011).

Graphique 4. Comparaison de la répartition des IVG selon la méthode utilisée en Bretagne entre 2011 et 2014



Sources : PMSI-SNIIRAM. Exploitation ARS Bretagne
Réalisation : ORS Bretagne, novembre 2016

... mais davantage d'IVG chirurgicales chez les mineures

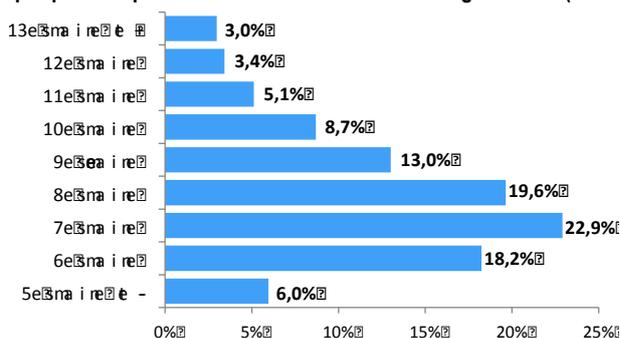
La technique médicamenteuse est moins fréquemment utilisée chez les mineures (44,2% versus 54,4% pour les autres tranches d'âge en 2014), qui recourent presque autant à la chirurgie sous anesthésie générale (42,2% vs 28,9% chez les majeures). La chirurgie sous anesthésie locale est le moyen le moins utilisée chez les mineures comme chez les autres femmes (13,6% vs 16,6%).

Près de 8 IVG sur 10 ont lieu avant 9 semaines d'aménorrhée ...

Depuis 2001, l'IVG est autorisée jusqu'à 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhée (SA). L'IVG par mode médicamenteux est possible jusqu'à 5 semaines de grossesse (7 SA) en ville et 7 semaines de grossesse (9 SA) en établissement de santé.

En 2015, près de 80 % des IVG ont été réalisées avant la fin de la 9^e SA et plus de 47 % avant la fin de la 7^e SA. Les IVG dites tardives, après la 12^e SA ont, quant à elles, concerné un peu plus de 6 % des femmes ayant eu recours à l'IVG.

Graphique 5. Répartition des IVG selon le stade de grossesse (en semaine d'aménorrhée) en Bretagne en 2015



Source : PMSI (changement de source à partir de 2013). Exploitation ARS Bretagne
Les valeurs inférieures à 4 semaines ou supérieures à 14 semaines (+5 jours) ont été considérées mal renseignées (imputées N.R.).
Réalisation : ORS Bretagne, novembre 2016.

DÉLAIS LÉGAUX : IVG MÉDICAMENTEUSE OU INSTRUMENTALE		
 La méthode médicamenteuse en cabinet de ville ou centre de planification	 La méthode médicamenteuse en établissement de santé	 La méthode instrumentale en établissement de santé
Jusqu'à 5 semaines de grossesse (7 semaines d'aménorrhée)	Jusqu'à 7 semaines de grossesse (9 semaines d'aménorrhée)	Jusqu'à 12 semaines de grossesse (14 semaines d'aménorrhée)

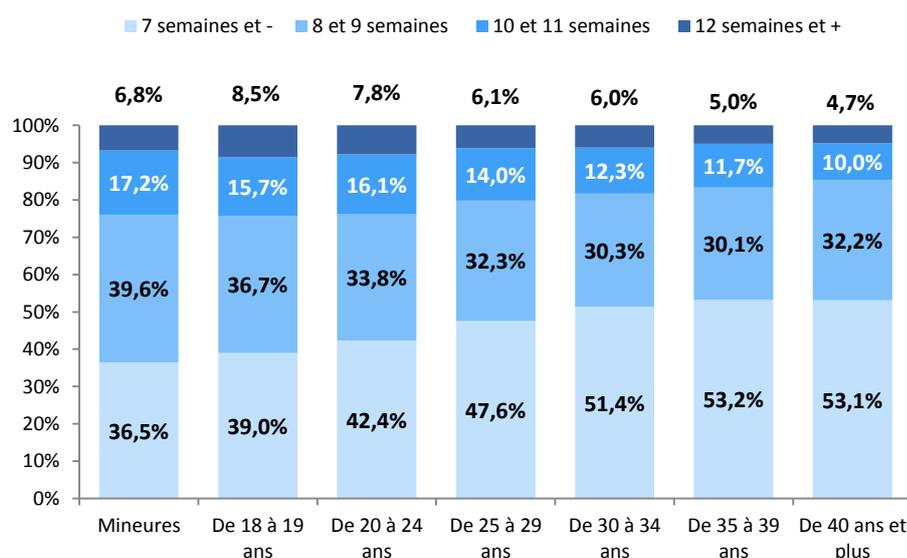
... mais plus d'1 IVG sur 5 chez les moins de 30 ans et près d'1 sur 4 chez les mineures ont lieu après la fin du délai légal d'IVG médicamenteuse

La répartition des IVG selon le stade de grossesse varie selon l'âge des femmes.

La part des IVG réalisées au-delà de 9 SA, plus importante chez les moins de 30 ans (22,5 %), surtout chez les mineures (24 %), recule à mesure de l'avancée en âge (14,7% chez les femmes de 40 ans et plus).

La part des IVG dites «tardives» (au-delà de 12 semaines SA) est plus élevée chez les plus jeunes femmes, jusqu'à 8,5 % chez les 18-19 ans. Au-delà de cet âge, elles ne concernent que 6,2% des IVG.

Graphique 6. Répartition des IVG selon le stade de grossesse (en semaine d'aménorrhée) et l'âge des femmes en Bretagne en 2015



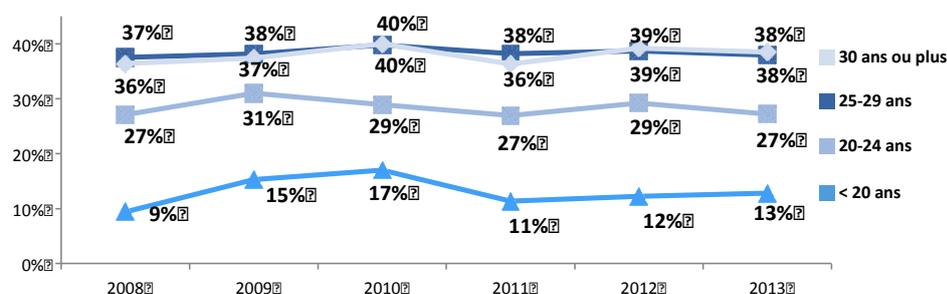
Source : PMSI (changement de source à partir de 2013). Exploitation ARS Bretagne
Réalisation : ORS Bretagne, novembre 2016.

Près du tiers des femmes (32%) ont un antécédent d'IVG, proportion relativement stable depuis 2011

En 2013, près d'un tiers des femmes (32%) concernées par l'IVG déclarent avoir déjà eu recours au moins une fois à ce type d'intervention dans leurs antécédents. Après un fléchissement en 2011 (30,8% vs 34% en 2010), cette proportion s'est stabilisée depuis 2012.

La part des femmes de moins de 20 ans ayant déjà un antécédent d'IVG, en nette augmentation entre 2008 (9%) et 2010 (17%), marque un recul en 2011 (11%). Cette proportion demeure relativement stable jusqu'en 2013 (13%).

Graphique 7. Évolution de la part des femmes ayant un antécédent d'IVG selon l'âge en Bretagne entre 2008 et 2013



Source : ARS - Bulletin IVG 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013
Réalisation : ORS Bretagne, novembre 2016.

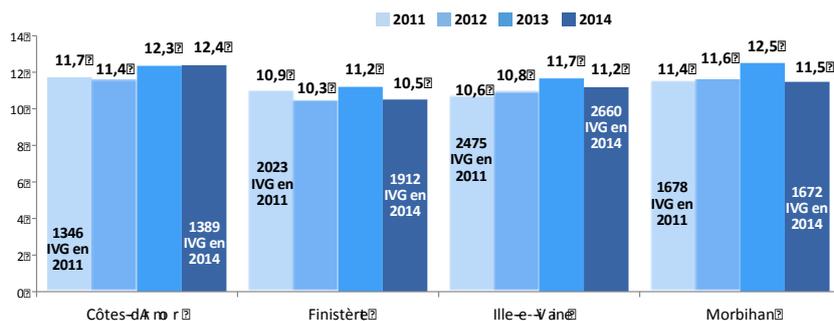
Des variations interdépartementales du recours à l'IVG qui restent modérées ...

Sur l'ensemble de la période 2011 à 2014, le taux de recours à l'IVG est en progression dans les départements des Côtes-d'Armor (12,4 pour 1000 en 2014 versus 11,7 en 2011) et de l'Ille-et-Vilaine (11,2 versus 10,6).

En revanche, dans les départements du Finistère et du Morbihan, les taux de recours demeurent plutôt stables sur la période, exception faite de l'année 2013 qui enregistre une hausse sensible des taux de recours à l'IVG dans l'ensemble des départements bretons.

En 2014, le taux de recours à l'IVG est le plus élevé dans le département des Côtes-d'Armor (12,4 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans) et le plus faible dans le département du Finistère (10,5 pour 1000).

Graphique 8. Évolution des taux de recours à l'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans selon le département de domicile en Bretagne entre 2011 et 2014



Sources : PMSI-SNIRAM, INSEE (estimations localisées de population au 1^{er} janvier). Exploitation ARS Bretagne

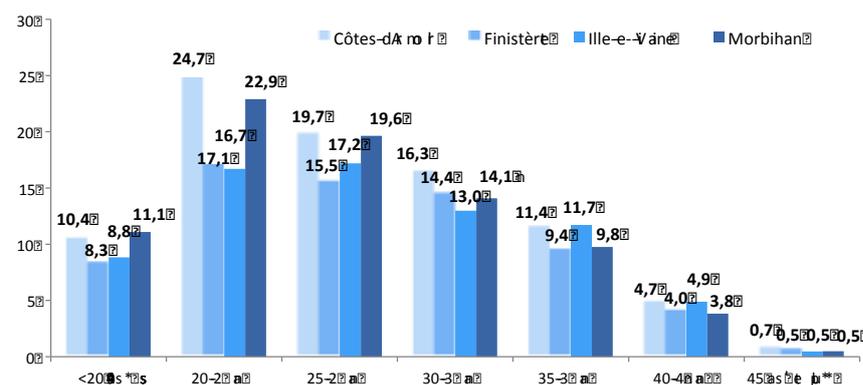
Il est possible d'estimer le taux de recours à l'IVG selon les départements bretons en rapportant le nombre d'IVG domiciliés issu des statistiques PMSI-Sniram, à la population des femmes âgées de 15 à 49 ans pour chaque département.

Réalisation : ORS Bretagne, novembre 2016

... mais des disparités selon l'âge

L'écart est particulièrement marqué pour les tranches d'âge où le recours à l'IVG est le plus important : chez les femmes de 20-24 ans, les départements des Côtes-d'Armor et du Morbihan présentent les taux les plus élevés (24,7 pour 1 000 dans les Côtes-d'Armor et 22,9 pour 1 000 dans le Morbihan), de même que chez les femmes de 25-29 ans (19,7 pour 1 000 dans les Côtes-d'Armor et 19,6 pour 1 000 dans le Morbihan). A l'inverse, entre 35 et 44 ans, le taux de recours en Ille-et-Vilaine devient légèrement supérieur à ceux des autres départements (11,7 pour 1 000 chez les 35-39 ans et 4,9 pour 1 000 chez les 40-44 ans).

Graphique 9. Taux de recours à l'IVG pour 1 000 femmes selon l'âge des femmes et leur département de domicile en Bretagne en 2015



Sources : PMSI ; INSEE (estimations localisées de population au 1^{er} janvier). Exploitation ARS Bretagne

*Le taux de recours des femmes de moins de 20 ans concerne les IVG des moins de 20 ans rapportées à la population des femmes de 15-19 ans.

** Le taux de recours des femmes de 45 ans et plus concerne les IVG des 45 ans et plus rapportées à la population des femmes de 45-49 ans.

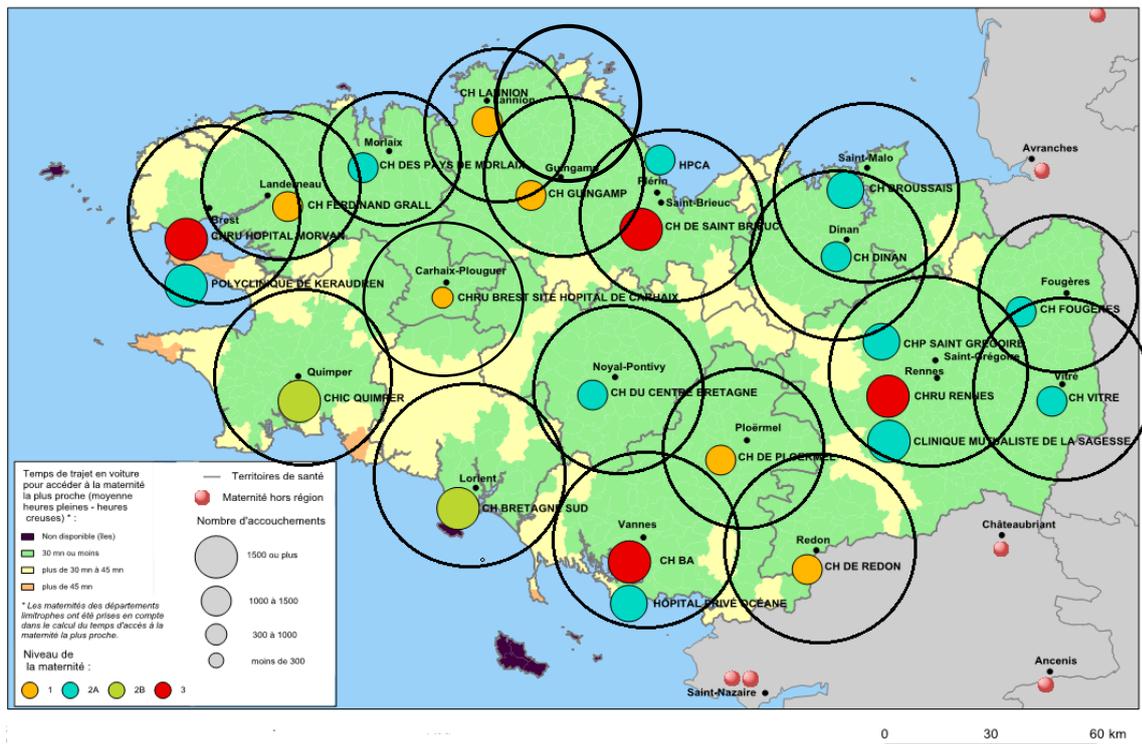
Réalisation : ORS Bretagne, novembre 2016

À signaler - IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information

La création de la Commission sur les données et la connaissance de l'IVG fait partie des mesures annoncées en janvier 2015 par Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la santé, dans le cadre du programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG.

Installée en juin 2015, la Commission regroupe les principaux producteurs de données, des représentants des professionnels de santé, des chercheurs et des institutions et associations concernées par l'IVG. Ses objectifs sont d'établir un constat partagé sur les connaissances actuelles et leurs limites, et d'en déduire d'éventuelles recommandations pour améliorer ces connaissances. Ce rapport présente les résultats des travaux menés par la Commission pendant un an.

B. Cartographie de l'IVG en Bretagne



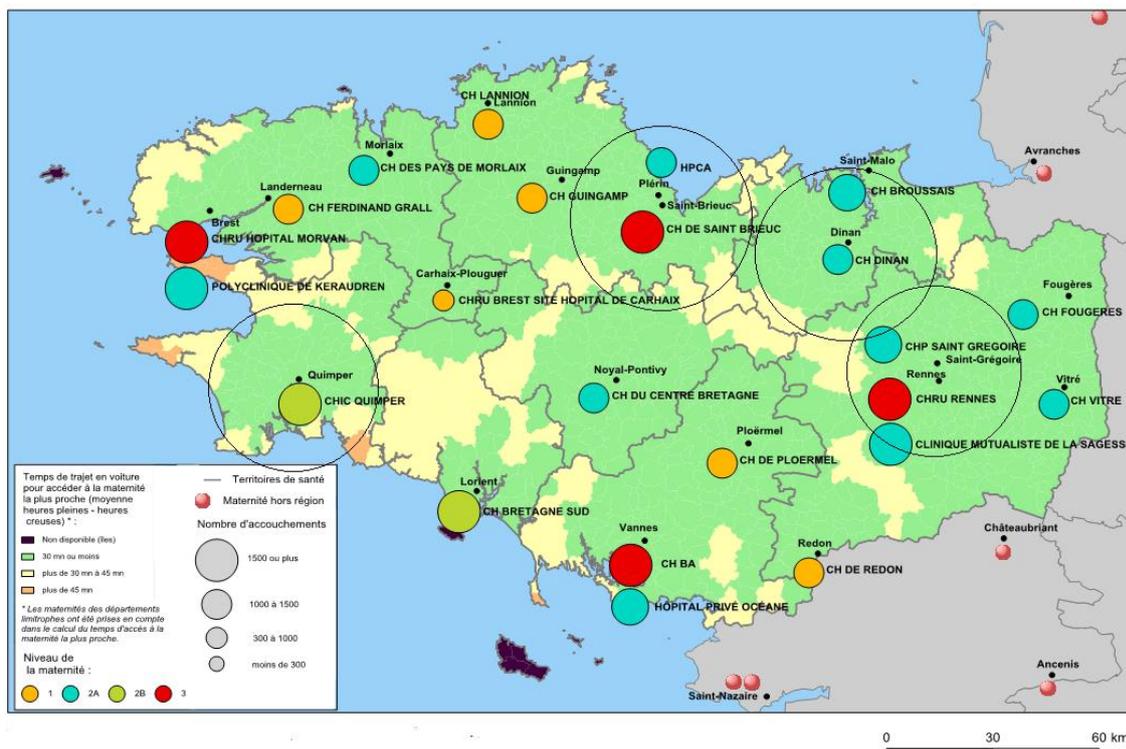
Carte 1 : Accès à l'IVG en Bretagne. Temps de trajet en voiture pour accéder à une maternité et rayon d'environ 30 km autour des établissements réalisant des IVG.

La liste des établissements réalisant des IVG au 31/12/2016 est en annexe 2.

Certaines zones à distance des établissements de santé sont à considérer :

- Le bout de la presqu'île de Crozon
- Le cap Sizun et Audierne
- Les îles
- Le secteur entre Loudéac, Collinée et Paimpont
- Plaine Fougères

Globalement ces lieux ne sont pas très éloignés d'un centre réalisant des IVG. Pour autant, il faudrait croiser les capacités d'accueil des centres (délai pour la première consultation, nombre de praticiens,...) avec la population des territoires pour mieux considérer les possibilités d'accès à toutes les méthodes en proximité à des centres réalisant des IVG. **Un état des lieux plus précis est à réaliser.**



Carte 2 : Accès à l'IVG en Bretagne. Focus sur les établissements réalisant des IVG sous anesthésie locale

La Bretagne présente un maillage fin d'établissements de santé inscrits dans l'activité d'IVG. Pour autant, plusieurs fragilités sont à mettre en évidence :

- Des zones blanches si l'on considère le type de méthodes utilisées (carte 2)
- Des équipes fragiles dans au moins 1/3 des centres réalisant des IVG

Dès lors, il semble essentiel de maintenir voire d'augmenter le nombre d'établissements impliqués sur l'IVG et d'assurer le choix des méthodes en proximité pour les femmes. La mise en place, en cours actuellement, des groupements hospitaliers de territoire est l'occasion d'une concertation entre CIVG pour améliorer les pratiques.

Objectif 1 : Améliorer le recueil de données sur l'IVG

Action 1 : Réaliser une enquête plus exhaustive de l'accès à l'IVG en Bretagne en étudiant les lieux de réalisation, les acteurs et l'organisation de l'activité sur les territoires.

Action 2 : Analyser les données du PMSI tous les 2 ans

Action 3 : Réaliser des appels téléphoniques anonymes pour tester les réponses apportées aux femmes par les CIVG.

AXE 2 : MIEUX INFORMER LES FEMMES, LES JEUNES ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE

A. Une insuffisance d'informations sur l'IVG dans l'éducation à la sexualité

Les campagnes d'information sur l'existence d'un service et sur les évolutions législatives sont essentielles pour mettre à jour les connaissances et améliorer la qualité du parcours en matière d'IVG.

La loi prévoit également une montée en compétences psychosociales en matière d'éducation à la sexualité³ et donc en matière d'IVG. La loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception prévoit qu'une « information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âges homogènes ».

Au-delà d'une diffusion d'informations, ce dispositif est un levier important pour donner à chacune et chacun les capacités à connaître ses droits en matière de santé sexuelle et spécifiquement en matière d'IVG et à s'orienter parmi les structures en cas de besoin. Aussi, il paraît important de renforcer la mise en œuvre d'une éducation à la sexualité qui appréhende de manière globale tous les champs qui y sont liés y compris l'IVG.

Objectif 2 : Assurer l'accès de toutes et tous et à tous les âges, à l'information à l'IVG et à l'éducation à la sexualité comme outil d'émancipation et de prévention.

Action 4 : Réaliser des campagnes de communication régulières sur l'IVG et le parcours d'IVG.

Action 5 : Porter une attention spécifique à l'information sur l'IVG dans la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité auprès des jeunes scolarisés ou non.

B. Un numéro vert national pas suffisamment utilisé et peu connu des professionnels en Bretagne

Le déploiement du Numéro Vert National « Sexualités, contraception, IVG » / 0 800 08 11 11 permet une réponse fiable et neutre sur l'ensemble du territoire national depuis septembre 2015.

En Bretagne, la plateforme de réponse est portée par le Planning familial 35 et fait suite au numéro vert Bretagne 0 800 800 648. La transition entre les 2 numéros a fonctionné et il est constaté une hausse des appels sur ce numéro vert⁴. La campagne de communication nationale a sans doute permis une meilleure diffusion du numéro vert sur la région. La réponse aux appels des Bretonnes et des Bretons est une réponse professionnelle portée par des conseillères conjugales et familiales. Près de 50 % des appels concernent des questions relatives à l'IVG. Le Mouvement Français pour le Planning Familial

³ L'éducation à la sexualité est une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit fondée sur l'égalité des sexes et des sexualités, adaptée à l'âge, basée sur des informations scientifiques, sans jugement de valeur. L'éducation à la sexualité vise, à partir de la parole des jeunes, à les doter de connaissances, compétences et savoirs-être dont ils et elles ont besoin pour une vie sexuelle et affective épanouie. Cette éducation s'inscrit dans une conception holistique de la santé et est un outil indispensable pour atteindre l'égalité femmes-hommes. Définition de l'éducation à la sexualité HCE 2016

⁴ Environ 850 appels traités par la plateforme régionale entre janvier et novembre 2016

travaille à la réalisation d'un annuaire partagé qui rassemble les données d'accessibilité aux structures en Région.

Toutefois, l'enquête par questionnaire auprès des établissements réalisant des IVG en Bretagne montre une connaissance partielle de ce dispositif. Certains centres n'ont pas eu l'information relative à ce nouveau numéro et oriente vers l'ancien numéro régional, d'autres ne le connaissent pas. Au vu de ces constats, il est fort à parier qu'il existe également un manque de connaissance de ce numéro par les autres acteurs de la santé et du social : réseau information jeunesse, structures de l'éducation nationale, professionnels de santé libéraux...

De plus, il est observé, comparativement à d'autres régions de poids démographique équivalent, une plus faible sollicitation des Bretonnes et des Bretons à ce numéro. Ce constat peut être expliqué par une meilleure répartition de l'offre sur le territoire et par un maillage de proximité. Cependant, il est aussi le constat d'une connaissance et d'une diffusion moins importante de ce numéro. Dans un contexte où les politiques publiques ont fait le choix d'apporter un accès fiable et neutre à l'information en matière d'IVG, il semble important de poursuivre la promotion du numéro vert national en Bretagne et de l'inclure sur l'ensemble des supports de communication relatifs à la santé sexuelle et reproductive.

Objectif 3 : Assurer une meilleure connaissance du numéro vert national

Action 6 : Renforcer la campagne de communication à plus grande échelle à la fois dans le secteur de la santé, mais également de la jeunesse, l'éducation nationale, le secteur social et médicosocial.

Action 7 : Inclure le numéro vert national sur l'ensemble des éléments de communication relatifs à la santé sexuelle et à la vie affective et relationnelle en Bretagne.

Action 8 : Réaliser une enquête biannuelle sur l'accès à l'IVG afin de conforter les informations de l'annuaire du numéro vert national.

C. Une activité d'IVG peu signalée par les établissements de santé

L'activité d'IVG reste peu ou pas visible sur les sites internet des centres hospitaliers ou des établissements de santé privés qui la réalisent. L'inscription de l'IVG comme une activité faisant partie intégrante de l'activité de l'établissement est nécessaire pour permettre aux femmes et aux couples un parcours fluide. L'absence de mention de l'activité d'IVG sur les sites internet des établissements de santé au même titre que les autres activités contribuent à complexifier la recherche d'informations.

De plus, les dénominations des structures ou des services ayant une activité d'IVG au sein des établissements de santé sont diverses et contribuent au flou autour de l'activité. CPEF, CIVG, Planning familial, centre d'orthogénie, service de gynécologie, toutes ces structures ou services peuvent être cités comme structures de réalisation d'IVG dans un établissement. La diversité de construction de l'offre de l'IVG en Bretagne, la multiplicité affichée des services intervenant et le manque de visibilité donnée à cette activité ne permet pas de diffuser une information claire et simple aux femmes en demande d'IVG. Ce flou est également présent chez les professionnels sollicitant un tel service.

Les inspections de 2010 insistaient sur le besoin de clarté de l'information et des signalétiques à l'intérieur des établissements sur l'IVG. L'accroissement des sites internet donnent une nouvelle fenêtre d'informations aux femmes.

Objectif 4 : Améliorer la visibilité de l'activité d'IVG dans les établissements

Action 9 : Renforcer la signalétique en interne aux établissements.

Action 10 : Accroître la visibilité numérique de l'activité d'IVG en l'inscrivant sur les sites internet des établissements et du réseau de santé en périnatalité.

D. Un manque de visibilité de l'activité d'IVG hors établissement de santé

Si les établissements de santé communiquent peu sur l'activité d'IVG malgré une offre répartie sur l'ensemble du territoire régional, la visibilité de l'activité d'IVG hors des établissements de santé, et en conséquence l'accès à l'information, est encore plus confidentielle.

Une expérience de diffusion d'informations numériques est tentée avec le site « IVG les adresses ». Celui-ci a l'ambition en Bretagne et sur d'autres régions françaises de rendre visible à la fois les établissements et les médecins libéraux (après leur accord écrit) qui réalisent des IVG. Il peut être une base de travail pour une meilleure visibilité de l'IVG en Bretagne. La plateforme est portée par le REVHO (Réseau en Ile de France).

Au-delà de cette expérience particulière, la connaissance des relais hors établissements de santé est importante pour mailler le territoire régional et permettre l'accès à une information fiable et en proximité à la fois pour les femmes et pour les professionnels. L'enquête réalisée pour l'écriture de ce Plan n'a pas permis de réaliser un état des lieux complet des conventions signées entre les établissements de santé et des intervenants libéraux ou encore des CPEF, alors même que ces intervenants sont des recours de proximité de l'IVG.

Globalement, l'état des lieux de l'activité d'IVG en Bretagne est partiel et il semble important de réaliser un état des lieux complet de l'accès à l'IVG en Bretagne et notamment en ville en y incluant les CPEF et/ou les professionnels de santé libéraux afin de considérer les problématiques d'accès et de potentielles zones blanches. Cet état des lieux doit prendre en compte à la fois les établissements publics, privés et l'offre en ville, les méthodes disponibles, les praticiens réalisant des IVG.

Objectif 5 : Améliorer la lisibilité des professionnels de santé libéraux investis sur l'IVG

Action 11 : Tenir à jour un annuaire des professionnels de ville diffusable via le numéro vert

E. Des professionnels de santé pas suffisamment informés sur l'IVG

Les années 2015 et 2016 ont vu des évolutions législatives en matière d'accès à l'IVG : ouverture des compétences des sages-femmes, fin du délai de réflexion, mise en place du remboursement à 100% du forfait IVG, mise en œuvre du numéro vert national Sexualités, contraception, IVG... Ces nouvelles

dispositions sont variablement connues des femmes et des professionnels intervenant dans le parcours de l'IVG, entraînant des inégalités d'accès entre les territoires et notamment sur le plan financier⁵.

Objectif 6 : Améliorer la connaissance des professionnels de santé sur l'IVG

Action 12 : Communiquer sur l'IVG auprès des professionnels de santé libéraux et plus particulièrement les médecins généralistes et les sages-femmes.

Action 13 : Faire connaître les évolutions législatives et permettre une orientation adéquate des femmes en demande d'IVG.

Action 14 : Poursuivre les programmes de formation ARMORIC sur l'IVG.

AXE 3 : AMELIORER LE PARCOURS ET PERMETTRE L'ACCES A UNE OFFRE DIVERSIFIEE

A. Permettre l'accès à une offre diversifiée

1. Une diminution du nombre d'établissements réalisant des IVG en Bretagne

Le territoire breton est maillé d'établissements de santé de proximité qui prennent en charge l'activité d'IVG. En comparaison à d'autres territoires français, l'activité est répartie sur plusieurs centres même si certains établissements se sont désengagés depuis les inspections de 2010. Quelques établissements de santé privés sont encore engagés sur cette activité même si leur nombre tend à se réduire.

Au total, 20 établissements de santé (pour 22 sites) ont une activité d'IVG en Bretagne, soit une baisse du nombre de sites depuis les inspections de 2010 (27 sites). Globalement, il n'est pas identifié de zones complètement blanches⁶ en matière d'accès à l'IVG en Bretagne.

Pour autant, il est intéressant de réaliser le même exercice en considérant l'accès selon le choix des méthodes. Le territoire régional est alors soumis à des fragilités d'accès.

Le désengagement de certains établissements de santé, globalement de l'activité d'IVG ou partiellement par l'arrêt de la réalisation d'une ou de l'autre des méthodes entraînent une inégalité de traitement des femmes en demande d'IVG sur la région.

Le bilan des inspections de 2010 énonçait déjà la nécessité de maintenir le nombre d'établissements engagés sur l'activité d'IVG. En 6 ans, la région Bretagne a fait face à la réduction du nombre d'établissement réalisant des IVG. Il est donc essentiel dans ce plan régional d'accès à l'IVG de demander aux directions hospitalières d'appliquer la réglementation existante.

⁵ Un manque d'informations est avéré quant à la prise en charge du forfait IVG à 100% (en œuvre depuis le 1^{er} avril 2016) chez les échographistes et dans les laboratoires d'analyse médicale. Il peut être demandé aux femmes de régler leur échographie de datation notamment, entraînant des inégalités de traitement sur le territoire régional

⁶ Zones blanches considérées comme des zones à plus de 30 minutes d'un établissement de santé avec une activité d'IVG

Le plan national d'accès à l'IVG de 2015 préconise, et le plan régional d'accès à l'IVG doit le prévoir, l'intégration de l'activité d'IVG dans les contrats d'objectifs et de moyens qui lient les ARS aux établissements de santé notamment pour s'assurer du maintien de cette activité au sein des établissements.

Objectif 7 : Assurer une activité d'IVG dans les établissements publics qui disposent d'un service de gynécologie obstétrique ou de chirurgie (art L.2212-8 et R. 2212-4 du CSP).

Action 15 : Intégrer l'activité d'IVG dans les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé qui présentent des fragilités quant à l'accès et à l'activité d'IVG

2. Un accès à la méthode médicamenteuse limité en ville et une concentration de cette méthode dans certains établissements

Ce constat est renforcé par un développement réduit de l'IVG médicamenteuse en ville en Bretagne par rapport à d'autres régions françaises. En 2014, en Bretagne, 6.2% des IVG sont réalisées en ville⁷, contre 17.5% au niveau national.

Le manque de diffusion de cette pratique en Bretagne devrait impliquer que les établissements de santé renforcent l'accessibilité à l'ensemble des méthodes. Il est observé que certains établissements concentrent leur offre sur l'IVG médicamenteuse (jusqu'à 83% des IVG dans certains établissements bretons) pour différentes raisons : problématique d'équipe médicale, simplicité technique de la méthode. Les recommandations sur l'IVG évoque la nécessité de pouvoir proposer le choix des méthodes aux femmes en demande d'IVG et de considérer leur environnement social pour réaliser ce choix. La concentration des établissements sur une méthode peut interroger sur le respect des choix des femmes.

Objectif 8 : Développer l'IVG médicamenteuse en ville.

Action 16 : Former des médecins généralistes et des sages-femmes sur l'IVG médicamenteuse.

Action 17 : Promouvoir auprès des établissements de santé et des professionnels de santé libéraux le conventionnement.

3. Une diversité des pratiques et un manque de cohérence territoriale des méthodes proposées

L'enquête réalisée pour la rédaction de ce plan montre selon les établissements une diversité de l'offre en termes de méthode d'IVG. Les contraintes liées à l'élaboration du Plan n'ont pas permis de travailler plus en avant les motifs et les critères de concentration sur une méthode. Des hypothèses peuvent être émises : les méthodes proposées sont en corrélation avec l'histoire de chaque centre, la réalité et la formation des intervenants médicaux du centre, l'accès facilité ou non à un plateau technique

⁷ Chiffre régional : ORSB Focus de l'ARS Bretagne 2016 (chiffre obtenu par déduction des IVG réalisées en établissement de santé)

Chiffre national : DRESS Les IVG en 2015.

permettant la réalisation de telle ou telle méthode. La restriction de l'accès aux méthodes d'IVG doit entrer en considération dans l'élaboration de ce plan, à la fois pour tenter de les comprendre et pour s'assurer du choix réel des femmes quant à la méthode d'IVG.

Si l'on considère que l'accès aux différentes méthodes est une plus-value pour les femmes en demande d'IVG et conforte la fluidité d'accès à l'IVG⁸, il est important de réfléchir dans ce plan à l'accessibilité géographique à chacune des méthodes dans un périmètre raisonnable vis-à-vis de son lieu de résidence. Au total en Bretagne, seuls 4 établissements de santé sur les 20 ayant une activité d'IVG proposent à la fois des IVG médicamenteuses hospitalières, des IVG médicamenteuses avec 2^{ème} prise de médicaments à domicile, IVG sous anesthésie locale (AL), IVG sous anesthésie générale (AG).

Compte tenu du faible nombre de centres à proposer actuellement l'accès aux différentes méthodes, il semble intéressant de travailler sur des parcours de prise en charge qui puissent répondre aux demandes des femmes.

A moins d'exiger que l'ensemble des établissements concernés propose un accès à l'ensemble des méthodes, une hypothèse est d'inciter à la mise en œuvre de réseau d'établissements. Actuellement se mettent en place les groupements hospitaliers de territoire avec des rencontres entre les hôpitaux du territoire. Les professionnels de l'IVG doivent s'emparer de la mise en place des GHT pour réfléchir aux organisations possibles de prise en charge des IVG en privilégiant la proximité.

Objectif 9 : Développer l'accès aux différentes méthodes d'IVG à l'échelle d'un territoire de proximité et dans le cadre des GHT

Action 18 : Réaliser une étude pour comprendre et considérer la restriction d'accès aux différentes méthodes.

Action 19 : Définir les territoires de proximité pertinents et mobiliser pour la mise en œuvre des différentes méthodes.

Action 20 : Former les professionnels de santé aux différentes méthodes d'IVG sur les territoires définis.

Action 21 : Etablir des réseaux de prise en charge et formaliser les échanges entre les CIVG afin de prendre au mieux en considération le choix des femmes en demande d'IVG et les critères environnementaux et sociaux qui impactent leurs demandes.

B. Améliorer le parcours

Le maillage relativement satisfaisant du territoire régional est à pondérer au regard de certaines contraintes d'accès à l'IVG. Ces restrictions peuvent avoir un impact sur l'accès fluide des femmes de certains territoires et montrent des points de fragilité de l'offre d'IVG en Bretagne.

⁸ La Haute Autorité de Santé dans ses recommandations de 2010 rappelle que les femmes doivent pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale. Par ailleurs, une étude publiée dans la revue française des affaires sociales de 2011 montre un bon accès géographique à l'IVG en établissement de santé au niveau départemental.

1. Une entrée dans le parcours d'IVG diversifiée mais peu structurée

La réalité des parcours des femmes en demande d'IVG est diverse :

- ✓ accueil en direct dans un CIVG
- ✓ accueil via un CPEF
- ✓ orientation par un professionnel de santé de ville
- ✓ orientation via le numéro vert national

Ce constat est à mettre en parallèle avec une diversité d'accueil au sein des centres :

- ✓ réalité d'ouverture du centre variant entre 2 et 10 demi-journées par semaine
- ✓ réalisation ou non de l'échographie en interne au centre
- ✓ réalisation ou non des bilans sanguins en interne au centre.

Les contraintes d'accès liées à l'ouverture des centres doivent être compensées par la mise en réseau des établissements ou plus largement des acteurs de l'IVG pour éviter des retards au démarrage de la prise en charge. La mise en réseau à un niveau local des acteurs de l'IVG (CIVG, CPEF, professionnels de santé libéraux...) peut permettre d'accroître à un niveau local la fluidité des parcours. De même, la fluidité du parcours doit se réaliser sur un territoire local.

La première rencontre avec un professionnel de santé doit permettre un véritable démarrage du parcours (à minima une prescription d'échographie de datation à la suite d'une première consultation par exemple).

En conséquent, la cohérence du parcours est à travailler entre les différents intervenants.

Objectif 10: Rationnaliser l'entrée dans le parcours

Action 22 : Formaliser un parcours type pour les professionnels de santé permettant un démarrage rapide et de proximité du parcours d'IVG pour éviter les consultations « doublons » et les délais trop longs de prises en charge.

2. Une difficulté d'accès à l'échographie

Selon leurs modalités d'accueil, certains centres ont développé des conventions de partenariat avec la ville pour la réalisation des bilans sanguins et/ou des échographies de datation. La réalisation de l'échographie dans un délai contraint peut poser des difficultés. Le délai moyen d'obtention pour un rendez-vous sur certains territoires est de 2 à 3 semaines. Cette étape du parcours est complexe pour les femmes, les professionnels de santé doivent y porter une attention accrue.

Objectif 11 : Permettre la réalisation de l'échographie de datation dans un délai contraint

Action 23 : Développer les conventions avec des cabinets d'échographie en ville.

3. Une diversité d'inscription de l'activité d'IVG dans les établissements qui traduit des approches différentes

Les équipes médicales en charge de l'activité d'IVG répondent à des schémas divers d'organisation. Selon les établissements, les effecteurs médicaux de l'IVG peuvent être :

- ✓ les gynécologues-obstétriciens du service de gynécologie
- ✓ des médecins généralistes intervenant en tant que vacataire ou assurant des temps de présence
- ✓ des médecins généralistes praticiens-hospitaliers
- ✓ des internes
- ✓ des équipes mixtes.

Cette diversité traduit l'histoire des centres et l'inscription de l'activité dans les établissements. L'organisation de l'équipe médicale a également une incidence sur la pérennité de la pratique dans les centres notamment pour les établissements de petite et moyenne taille où l'activité d'IVG peut reposer sur un à deux effecteurs médicaux.

Peu d'établissements ont fait le choix d'inscrire l'activité d'IVG comme une activité intégrée dans le service de gynécologie-obstétrique et en ce sens le fonctionnement des centres IVG est relativement autonome de l'activité des services. Ceci peut avoir des avantages en termes de qualité d'accueil (équipe motivée par l'activité d'IVG, accueil spécifique) mais peut révéler une certaine fragilité (activité considérée « à part »)⁹.

Objectif 12 : Inscrire l'activité d'IVG dans les projets de pôle et les projets d'établissements

Action 24 : Proposer un modèle d'organisation au sein des établissements avec un rattachement fonctionnel de l'activité selon le nombre d'IVG.

4. Une fragilité des équipes prenant en charge l'IVG dans certains centres

Le renouvellement de générations des médecins impliqués sur la réalisation de l'IVG est en cours. Certains médecins inscrits dans cette pratique depuis de nombreuses années partent en retraite ou sont à quelques années de la retraite.

⁹ Le projet FRIDA en Ile-de-France propose un modèle d'organisation fonctionnelle dans les établissements. Il peut être un exemple pour la réflexion en Bretagne. Le projet envisage de décliner l'activité selon trois échelons : Service/UF/service d'orthogénie

>> + 1000 IVG = service d'orthogénie rattaché au pôle mère-enfant

>> 400<IVG<1000= structure interne rattachée de préférence au pôle ou au service de G/O ou de chirurgie

>> - 400 IVG = équipe dédiée rattachée au service de G/O ou de chirurgie

avec un responsable fonctionnel spécifique à l'activité d'IVG identifié dans l'établissement

Selon les modalités d'organisation de l'IVG et son intégration dans l'activité globale des services de gynécologie-obstétrique, le renouvellement des équipes médicales est important à réfléchir et à travailler pour assurer une pérennité de la pratique. En ce sens, il est essentiel que les internes en gynécologie-obstétrique puissent participer à l'activité d'IVG au cours de leur cursus de formation afin de connaître et mieux appréhender cette pratique en tant que futurs médecins spécialistes.

Selon les endroits et les histoires, il peut être intéressant de faire intervenir des praticiens médicaux extérieurs pour renforcer la capacité du territoire à accueillir les femmes en demande d'IVG sur des plages régulières, sans interruption de prise en charge et sur les différentes méthodes. Le Plan national d'amélioration de l'accès à l'IVG prévoit d'ailleurs une mesure assouplissant les règles de recrutement des praticiens contractuels dans les établissements.

Dans plusieurs établissements bretons, l'activité d'IVG est assurée par un seul praticien ou 2 intervenants médicaux. La fragilité des équipes reposant sur moins de 3 effecteurs est à considérer pour la pérennité de l'activité d'IVG au sein de ces centres. Des ruptures d'accueil ont déjà cours pendant les périodes d'absence du ou des effecteurs. La gestion des flux pendant ces périodes de fermeture d'un centre doivent pouvoir être anticipée à la fois pour le centre qui n'est pas en capacité d'accueillir et pour les centres vers lesquels sont orientées les femmes. Cette organisation nécessite la mise en réseau des centres et des intervenants, notamment dans le cadre des GHT.

L'ouverture des compétences des sages-femmes peut être un levier pour les territoires pour améliorer l'accès à l'IVG. Ce fonctionnement permettrait de spécifier le travail des médecins sur certains actes techniques et de fluidifier les parcours. Une attention doit être toutefois portée sur la considération du choix de la méthode par la femme.

Objectif 13 : Assurer une composition minimale de l'équipe assurant les IVG dans chaque établissement

Action 25 : Définir la composition minimale d'une équipe assurant les IVG dans un établissement de santé.

Action 26 : Intégrer l'activité d'IVG dans le cursus des internes de gynéco-obstétrique.

Action 27 : Intégrer les sages-femmes dans la prise en charge des IVG au vu de leurs nouvelles compétences.

C. Améliorer les échanges afin de fluidifier le parcours et permettre l'accès à une offre diversifiée

1. Un manque d'échanges et de coordination entre les acteurs de la prise en charge de l'IVG

Les établissements réalisant des IVG travaillent à l'organisation de cette activité au sein de leur centre. Nombre d'entre eux présentent des points de fragilité dans l'organisation de cette activité (nombre d'effecteurs médicaux, temps d'ouverture des centres, accès aux différentes méthodes, diversité des parcours des femmes...).

En conséquence, il paraît important de réfléchir à la mise en réseau et de travailler à un accès territorial de l'IVG en Bretagne afin de compenser ces fragilités.

Depuis 2012, la région Bretagne s'est dotée d'un groupe de travail et de réflexion sur l'IVG. Le groupe ARMORIC réunit les réseaux de santé en périnatalité, 4 Médecins de CPEF ou CIVG (Guingamp, Quimper, Rennes, Vannes), un représentant de conseils départementaux, la directrice du Planning Familial 35. Ce groupe a mis en œuvre un programme de formation sur la région, il est également porteur d'un travail de réflexion sur la mise en œuvre de l'IVG en Bretagne. Ces membres apportent une expertise de travail et d'organisation sur cette pratique et sont un réel soutien à l'organisation de l'IVG en Bretagne.

Pour soutenir l'accès à l'IVG en Bretagne, les réseaux de santé en périnatalité peuvent être un acteur d'appui à l'organisation et de soutien aux territoires.

Objectif 14 : Coordonner les acteurs de la prise en charge

Action 28 : Conforter le rôle d'expertise et de formateurs du Groupe régional ARMORIC au sein des Réseaux de Santé en Périnatalité.

Action 29 : Mettre en œuvre des réseaux locaux sur l'IVG pour organiser l'activité d'IVG sur les territoires.

2. Une mission IVG confiée à plusieurs acteurs mais sans pilotage politique régional

Il existe plusieurs acteurs qui réalisent des IVG en région : les établissements de santé, les centres de santé et les centres de planification et d'éducation familiale, structures gérées par le Conseil Départemental. Ces structures reçoivent un public différent et apportent une approche complémentaire. Un manque de pilotage régional sur cette activité est à constater et entraîne des inégalités d'accès sur les territoires.

En effet, selon l'investissement plus ou moins volontaristes des Conseils Départementaux sur l'IVG, les femmes peuvent avoir des accès différenciés à l'IVG. De plus, les Conseils Départementaux sont les principaux employeurs des conseillères conjugales et familiales qui sont un maillon essentiel de l'IVG, notamment pour l'accès à l'IVG des femmes mineures. Les liens entre l'activité d'IVG et les Conseils départementaux sont importants à travailler globalement.

Globalement, il paraît important de rapprocher les acteurs institutionnels en charge de la politique de vie relationnelle, de planification familiale, d'IVG et de santé sexuelle afin d'assurer aux femmes résidant en Bretagne un accès équitable aux différents services en santé sexuelle et reproductive.

Objectif 15 : Articuler les politiques d'IVG, de planification familiale et de santé sexuelle

Action 30 : Intégrer les conseils départementaux dans le travail sur l'accès à l'IVG à un niveau de proximité et au niveau régional.

AXE 4 : PORTER UNE ATTENTION ACCRUE AUX SITUATIONS PARTICULIERES

A. Une diversité des prises en charge des femmes en demande d'IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée.

Les IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse (entre 12 et 14 SA) du fait de la proximité avec le terme du délai légal doivent être réalisées et organisées en urgence.

Elles constituent à ce titre une priorité dans l'organisation des parcours de soins et un enjeu de prise en charge tels que décrit dans le cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité. Le cahier des charges sollicite les réseaux pour la rédaction d'un « protocole régional d'urgence pour la prise en charge des demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 semaines de grossesse ». Ce protocole doit apporter les réponses aux besoins identifiés sur les territoires et apporter une amélioration du service rendu.

En 2013, les IVG entre 12 et 14 SA représentent 3,1 % de l'ensemble des IVG (soit 241 en Bretagne), dont 75% sont réalisées à 13 SA. Ces IVG dites tardives concernent 5% des IVG réalisées chez les mineures.

La prise en charge des femmes se présentant avec un terme avancé est réalisée dans plusieurs établissements bretons, même si elle peut être déstructurante pour les services du fait de son caractère d'urgence. Certains établissements ont établi un protocole de prise en charge, mais il n'est pas généralisé en Bretagne.

Comme il a été également déjà cité, la fragilité médicale de certains centres, les temps restreints d'ouverture au public peuvent interroger sur la mise en place au sein du protocole régional de parcours « dégradés ». Il a été rappelé également l'importance de la formation des personnels d'accueil et du médecin pratiquant le geste d'IVG pour la gestion de telles situations qui peut permettre une orientation et une prise en charge rapide.

Objectif 16 : Protocoliser les prises en charge des femmes en demande d'IVG

Action 31 : Rédiger le « protocole régional d'urgence pour la prise en charge des demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 semaines de grossesse » en lien avec les établissements de santé impliqués sur l'IVG.

Action 32 : Appuyer sa mise en œuvre dans les établissements le nécessitant.

B. Un accompagnement des femmes mineures en demande d'IVG garanti mais inégalement réalisé

Les femmes mineures présentant une demande d'IVG doivent bénéficier du même accès aux prises en charge dans des parcours de soins adaptés et respectueux de leur choix. En Bretagne, les demandes d'IVG chez les mineures constituent 5,1% de l'ensemble des IVG.

L'ensemble des répondants de l'enquête confirme la possible prise en charge des femmes mineures avec le respect de la confidentialité vis-à-vis des parents si elles le souhaitent. Elles bénéficient d'un

entretien psychosocial avec une Conseillère Conjugale et Familiale et d'un accompagnement notamment sur le choix de l'adulte référent.

Il est important également d'assurer les conditions de la confidentialité et notamment dans le cadre de la gestion médico-administrative des dossiers pour éviter les ruptures d'anonymat.

Objectif 17 : Garantir la fluidité du parcours de la femme mineure par des prises en charge administrative et médico-psycho-sociale de qualité.

Action 33 : Formaliser la prise en charge administrative d'une femme mineure pour lui garantir la confidentialité et le secret lorsqu'il est souhaité.

Action 34 : Travailler aux possibilités de transport vers les établissements de santé lorsque la femme mineure souhaite garder le secret.

Action 35 : Assurer la réalisation des entretiens psychosociaux avec une conseillère conjugale et familiale en établissant des conventions pour tous les établissements qui n'ont pas de CCF en leur sein.

C. Des femmes étrangères et femmes en situation de précarité mises en difficulté du fait de leur vulnérabilité psycho-sociale, économique et familiale.

Les femmes étrangères et les femmes en situation de précarité sont des publics vulnérables. Il est essentiel de porter une attention particulière à ces femmes pour qu'elles puissent bénéficier du même accès à l'IVG et probablement davantage entrer dans un parcours coordonné avec l'intervention des acteurs du sanitaire et du médico-social pour une prise en charge optimale. Un soutien des dispositifs permettant la prise en charge des populations précaires telles que les PASS ou les services sociaux des établissements de santé serait important à solliciter au besoin. De même, l'appui du parcours par des conseillères conjugales et familiales est un véritable outil pour l'accompagnement de ces femmes.

Par ailleurs, des difficultés pour les équipes peuvent se présenter également lors de l'accueil de femmes étrangères en demande d'IVG qui réalisent la démarche contre l'avis de l'époux et/ou de l'entourage. La confidentialité est alors essentielle à assurer et doit être travaillée au sein des centres.

Objectif 18 : Garantir la fluidité du parcours de la femme étrangère ou en situation de précarité par des prises en charge administrative et médico-psycho-sociale de qualité

Action 36 : Renforcer le rôle des CCF pour l'accompagnement des femmes étrangères et des femmes en situation de précarité en demande d'IVG.

Action 37 : Assurer la prise en charge financière et effective pour les femmes sans couverture sociale dans le cadre des soins urgents.

D. Une organisation du parcours d'IVG moins fluide en période estivale

Le maintien de l'accès à l'IVG en période estivale est à assurer sur le territoire régional. Aujourd'hui les établissements ne se coordonnent pas sur cette période.

Dans le cadre du Numéro Vert National Sexualités, contraception, IVG, le Planning familial 35 sollicite les établissements bretons pour connaître d'éventuelles plages de fermeture durant la période estivale. Il serait important de pouvoir systématiser les réponses et la réalisation de cette enquête.

Objectif 19: Garantir une coordination entre centres de proximité dans le cadre des GHT afin de permettre une fluidité des prises en charge sans perte de temps dommageable pour la femme en demande.

Action 38 : Travailler à la réalisation d'une enquête en amont de la période estivale pour assurer une information fiable dans le cadre des appels au numéro vert national.

SYNTHESE GENERALE DES RECOMMANDATIONS DU PLAN REGIONAL D'ACCES A L'IVG EN BRETAGNE

NB : Le travail réalisé pour l'élaboration de ce plan a permis de tracer les orientations et les actions pour améliorer l'accès à l'IVG en Bretagne. Les actions répertoriées ci-dessous seront déclinées dans une feuille de route précise qui précisera les modalités, le pilotage et le calendrier de mise en œuvre des activités. Pour chaque action, seront prévus des critères et des indicateurs d'évaluation.

Objectifs	Actions
Axe 1 : TENIR A JOUR L'ETAT DES LIEUX DE L'IVG EN BRETAGNE	
Objectif 1 : Améliorer le recueil de données sur l'IVG	Action 1 : Réaliser une enquête plus exhaustive de l'accès à l'IVG en Bretagne en étudiant les lieux de réalisation, les acteurs et l'organisation de l'activité sur les territoires
	Action 2 : Analyser les données du PMSI tous les 2 ans
	Action 3 : Réaliser des appels téléphoniques anonymes pour tester les réponses apportées aux femmes par les CIVG
Axe 2 : MIEUX INFORMER LES FEMMES, LES JEUNES ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE	
Objectif 2 : Assurer l'accès de toutes et tous et à tous les âges, à l'information à l'IVG et à l'éducation à la sexualité comme outil d'émancipation et de prévention.	Action 4 : Réaliser des campagnes de communication régulières sur l'IVG et le parcours d'IVG
	Action 5 : Porter une attention spécifique à l'information sur l'IVG dans la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité auprès des jeunes scolarisés ou non.
Objectif 3 : Assurer une meilleure connaissance du numéro vert national	Action 6 : Renforcer la campagne de communication à plus grande échelle à la fois dans le secteur de la santé, mais également de la jeunesse, l'éducation nationale, le secteur social et médicosocial
	Action 7 : Inclure le numéro vert national sur l'ensemble des éléments de communication relatifs à la santé sexuelle et à la vie affective et relationnelle en Bretagne.
	Action 8 : Réaliser une enquête biannuelle sur l'accès à l'IVG afin de conforter les informations de l'annuaire du numéro vert national
Objectif 4 : Améliorer la visibilité de l'activité d'IVG dans les établissements	Action 9 : Renforcer la signalétique en interne aux établissements
	Action 10 : Accroître la visibilité numérique de l'activité d'IVG en l'inscrivant sur les sites internet des établissements et du réseau de santé en périnatalité
Objectif 5 : Améliorer la lisibilité des professionnels de santé libéraux investis sur l'IVG	Action 11 : Tenir à jour un annuaire des professionnels de ville diffusable via le numéro vert national
Objectif 6 : Améliorer la connaissance des professionnels de santé sur l'IVG	Action 12 : Communiquer auprès des professionnels de santé libéraux et plus particulièrement les médecins généralistes et les sages-femmes sur l'IVG
	Action 13 : Faire connaître les évolutions législatives et permettre une orientation adéquate des femmes en demande d'IVG
	Action 14 : Poursuivre les programmes de formation ARMORIC sur l'IVG

Objectifs	Actions
AXE 3 : AMELIORER LE PARCOURS ET PERMETTRE L'ACCES A UNE OFFRE DIVERSIFIEE	
<p>Objectif 7 : Assurer une activité l'IVG dans les établissements publics qui disposent d'un service de gynécologie obstétrique ou de chirurgie</p>	<p>Action 15 : Intégrer l'activité d'IVG dans les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé qui présentent des fragilités quant à l'accès et à l'activité d'IVG</p>
<p>Objectif 8 : Développer l'IVG médicamenteuse en ville</p>	<p>Action 16 : Former des médecins généralistes et des sages-femmes sur l'IVG médicamenteuse</p> <p>Action 17 : Promouvoir auprès des établissements de santé et des professionnels de santé libéraux le conventionnement</p>
<p>Objectif 9 : Développer l'accès aux différentes méthodes d'IVG à l'échelle d'un territoire de proximité et dans le cadre des GHT</p>	<p>Action 18 : Réaliser une étude pour comprendre et considérer la restriction d'accès aux différentes méthodes</p> <p>Action 19 : Définir les territoires de proximité pertinents et mobiliser pour la mise en œuvre des différentes méthodes</p> <p>Action 20 : Former les professionnels de santé aux différentes méthodes d'IVG sur les territoires définis</p> <p>Action 21 : Etablir des réseaux de prise en charge et formaliser les échanges entre les CIVG afin de prendre au mieux en considération le choix des femmes en demande d'IVG et les critères environnementaux et sociaux qui impactent sa demande</p>
<p>Objectif 10 : Rationaliser l'entrée dans le parcours</p>	<p>Action 22 : Formaliser un parcours type pour les professionnels de santé permettant un démarrage rapide et de proximité du parcours d'IVG pour éviter les consultations « doublons » et les délais de prises en charge</p>
<p>Objectif 11 : Permettre la réalisation de l'échographie de datation dans un délai contraint</p>	<p>Action 23 : Développer les conventions avec des cabinets d'échographie en ville</p>
<p>Objectif 12 : Inscrire l'activité d'IVG dans les projets de pôle et les projets d'établissements</p>	<p>Action 24 : Proposer un modèle d'organisation au sein des établissements avec un rattachement fonctionnel de l'activité selon le nombre d'IVG</p>
<p>Objectif 13 : Assurer une composition minimale de l'équipe assurant les IVG dans chaque établissement</p>	<p>Action 25 : Définir la composition minimale d'une équipe assurant les IVG dans un établissement de santé</p> <p>Action 26 : Intégrer l'activité d'IVG dans le cursus des internes en gynéco-obstétrique</p> <p>Action 27 : Intégrer les sages-femmes dans la prise en charge des IVG au vu de leurs nouvelles compétences</p>

Objectifs	Actions
AXE 3 : AMELIORER LE PARCOURS ET PERMETTRE L'ACCES A UNE OFFRE DIVERSIFIEE (suite)	
Objectif 14 : Coordonner les acteurs de la prise en charge	Action 28 : Conforter le rôle d'expertise et de formateurs du Groupe régional ARMORIC au sein des Réseaux de Santé en Périnatalité
	Action 29 : Mettre en œuvre des réseaux locaux sur l'IVG pour organiser l'activité d'IVG sur les territoires
Objectif 15 : Articuler les politiques d'IVG, de planification familiale et de santé sexuelle	Action 30 : Intégrer les conseils départementaux dans le travail sur l'accès à l'IVG à un niveau de proximité et au niveau régional
AXE 4 : PORTER UNE ATTENTION ACCRUE AUX SITUATIONS PARTICULIERES	
Objectif 16 : Protocoliser les prises en charge des femmes en demande d'IVG	Action 31 : Rédiger le « protocole régional d'urgence pour la prise en charge des demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 semaines de grossesse » en lien avec les établissements de santé impliqués sur l'IVG
	Action 32 : Appuyer la mise en œuvre dans les établissements le nécessitant
Objectif 17 : Garantir la fluidité du parcours de la femme mineure par des prises en charge administrative et médico-psycho-sociale de qualité	Action 33 : Formaliser la prise en charge administrative d'une femme mineure pour lui garantir la confidentialité et le secret lorsqu'il est souhaité
	Action 34 : Travailler aux possibilités de transport vers les établissements de santé lorsque la femme mineure souhaite garder le secret.
	Action 35 : Assurer la réalisation des entretiens psychosociaux avec une conseillère conjugale et familiale en établissant des conventions pour tous les établissements qui n'ont pas de CCF en leur sein
Objectif 18 : Garantir la fluidité du parcours de la femme étrangère ou en situation de précarité par des prises en charge administrative et médico-psycho-sociale de qualité	Action 36 : Renforcer le rôle des CCF pour l'accompagnement des femmes étrangères et des femmes en situation de précarité en demande d'IVG
	Action 37 : Assurer la prise en charge financière est effective pour les femmes sans couverture sociale dans le cadre des soins urgents
Objectif 19 : Garantir une coordination entre centres de proximité dans le cadre des GHT afin de permettre une fluidité des prises en charges sans perte de temps dommageable pour la femme en demande	Action 38 : Travailler à la réalisation d'une enquête en amont de la période estivale pour assurer une information fiable dans le cadre des appels au numéro vert national

ANNEXE 1 : LEXIQUE

AG	Anesthésie Générale
AL	Anesthésie Locale
ARMORIC (Groupe Régional)	(Groupe régional) Approche Régionale Multicentrique Originale de Réflexion IVG et Contraception
ARS Bretagne	Agence Régionale de Santé Bretagne
CCF	Conseillère Conjugale et Familiale
CD	Conseil Départemental
CIVG	Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CSP	Code de Santé Publique
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
ORS Bretagne	Observatoire Régional de Santé Bretagne
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
REVHO	Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (Réseau situé en Ile de France)
RSP	Réseau de santé en Périnatalité
SA	Semaine d'Aménorrhée
SNIIRAM	Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie

ANNEXE 2 : ETABLISSEMENTS DE SANTE BRETONS REALISANT DES IVG AU 31/12/2016

Département	Etablissement
22	Centre Hospitalier de DINAN
	Centre Hospitalier de GUINGAMP
	Centre Hospitalier Pierre Le Damany de LANNION TRESTEL
	Centre Hospitalier de PAIMPOL
	Centre Hospitalier Yves Le Foll de SAINT-BRIEUC
29	Centre Hospitalier Régional Universitaire de BREST
	Centre Hospitalier Régional Universitaire de BREST – site de CARHAIX
	Polyclinique de KERAUDREN de BREST
	Centre Hospitalier Ferdinand Grall de LANDERNEAU
	Centre Hospitalier de MORLAIX
35	Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille de QUIMPER
	Centre Hospitalier de FOUGERES
	Centre Hospitalier de REDON
	Centre Hospitalier Régional Universitaire de RENNES
	Centre Hospitalier Privé de SAINT GREGOIRE
	Centre Hospitalier de SAINT MALO
56	Centre Hospitalier de VITRE
	Centre Hospitalier de Bretagne Sud de LORIENT
	Centre Hospitalier Alphonse Guérin de PLOERMEL
	Centre Hospitalier de Centre Bretagne de PONTIVY
	Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique de VANNES - site d'AURAY
	Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique de VANNES

ANNEXE 3 : CIRCULAIRE



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
Personne chargée du dossier :
Lionel LAVIN
Tél. : 01 40 56 56 53
Mél. : lionel.lavin@sante.gouv.fr

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau R3
Personne chargée du dossier :
Déborah CVETOJEVIC
Tél. : 01 40 56 45 69 ou 01 40 56 43 45
Mél. : deborah.cvetojevic@sante.gouv.fr

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)

**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**

Date d'application : immédiate
NOR : AFSH1621602J
Classement thématique :
Validée par le CNP, le 22 juillet 2016 - Visa CNP 2016 - 121
Publiée au BO : oui
Déposée sur le site circulaires.gouv.fr : oui

14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. 01 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr

<p>Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.</p>
<p>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.</p>
<p>Mots-clés : grossesses non désirées- IVG</p>
<p>Textes de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code de la santé publique : articles L.6323-1 ; D6323-1 et D6323-2 • 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 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. • 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 • Circulaire DGS/MC1/DHOS/O1/2009/304 du 6 octobre 2009 relative à la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé et ses annexes • 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) • 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
<p>Annexes :</p> <p>Annexe 1 : Les actions nationales et régionales pour 2016</p> <p>Annexe 2 : Trame de plan régional d'accès à l'IVG</p>
<p>Diffusion : Les établissements ou organismes concernés doivent être destinataires de cette circulaire, par l'intermédiaire des services déconcentrés ou des ARS, selon le dispositif existant au niveau régional</p>

Cette instruction 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 instruction 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 Ile 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

¹ Sources DREES, « les IVG en 2013 », études et résultats, juillet 2015 N°924.

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 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^{ème} 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. A 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 instruction 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

Signé

Marisol TOURAINE

ANNEXE 3 : LETTRE DE SAISINE



Service émetteur : Direction de la santé publique
Département de la prévention
et de la promotion de la santé

Liste des destinataires
in fine

Affaire suivie par : Jean Pierre EPAILLARD

Courriel : jean-pierre.epaillard@ars.sante.fr

Téléphone : 02 99 33 34 36

Date : 20 OCT. 2016

Objet : plan régional d'accès à l'IVG

Madame, Monsieur

Par circulaire n°DGOS/R3/DGS/SPI/2016/243 du 28 juillet 2016 (ci-jointe), un plan régional relatif à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) doit être élaboré par chaque ARS. Ce plan doit organiser une réponse adaptée aux différentes situations rencontrées, en prenant en compte les enjeux d'accès aux soins sur les territoires et de qualité et sécurité des prises en charges.

Ce plan doit être adressé au ministère des affaires sociales et de la santé pour le 30 novembre 2016, et doit aborder prioritairement les points suivants :

- Etat des lieux régional.
- Mieux informer les femmes.
- Améliorer le parcours et permettre l'accès à une offre diversifiée
- Porter une attention accrue aux situations particulières (femmes en situation de précarité, de vulnérabilité, migrantes, au terme avancé ; périodes estivales)

L'ARS Bretagne a souhaité que l'élaboration de ce plan se fasse en étroite collaboration avec les principaux acteurs de la région, et a délégué ce travail au Planning Familial d'Ille et Vilaine et au Réseau Périnatalité du Morbihan, en lien avec le groupe ARMORIC, déjà constitué autour des formations IVG.

Le binôme, constitué par Madame Elisa Quéméneur (PF35) et Madame Marie-Paule Bernicot (RPN 56), auront l'occasion de vous contacter dans les prochaines semaines pour recueillir des informations et identifier avec vous les difficultés potentielles auxquelles peuvent être confrontées les femmes et les professionnels sur votre territoire. Parallèlement, n'hésitez pas à leur faire remonter tous les éléments, réflexions, propositions que vous jugerez intéressants pour enrichir ce plan que nous souhaitons adapté à notre région et très opérationnel.

.../...

CS 14253 – 35042 RENNES Cedex
Standard : 02.90.08.80.00
www.ars.bretagne.sante.fr

Voici les coordonnées du binôme :

elisa.quemeneur@planning-familial-35.fr

coordination@perinat56.org

Je vous remercie d'avance pour votre collaboration et pour l'accueil que vous pourrez réserver à Mme Quéméneur et Mme Bernicot.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

p/ le Directeur général,
Le Directeur de la santé publique
de l'agence régionale de santé,



Jean-Michel DOKI-THONON



CS 14253 – 35042 RENNES Cedex
Standard : 02.90.08.80.00
www.ars.bretagne.sante.fr

Liste des destinataires :

- Mme la Présidente du Conseil Départemental du Finistère
- Mr le Président du Conseil Départemental du Morbihan
- Mr le Président du Conseil départemental de l'Ille et Vilaine
- Mr le Président du Conseil départemental des Côtes d'Armor
- Mme le Médecin départemental PMI du Finistère
- Mme le Médecin départemental PMI du Morbihan
- Mme le Médecin départemental PMI de l'Ille et Vilaine
- Mme le Médecin départemental PMI des Côtes d'Armor

- Centre Hospitalier Yves Le Foll – Saint Briec
- Centre Hospitalier de Dinan
- Centre Hospitalier de Guingamp
- Centre Hospitalier de Lannion
- Centre Hospitalier de Paimpol

- Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest – Hôpital Morvan
- Clinique Pasteur Lanroze à Brest
- Polyclinique de Keraudren à Brest
- Centre Hospitalier Ferdinand Grall à Landerneau
- CHIC de Quimper
- Centre Hospitalier des Pays de Morlaix

- Centre Hospitalier Universitaire de Rennes – Site Hôpital Sud
- Centre Hospitalier de Saint Malo
- Centre Hospitalier de Redon
- Centre Hospitalier de Fougères
- Centre Hospitalier de Vitré
- Centre Hospitalier Privé de Saint Grégoire
- Clinique La Sagesse à Rennes

- Centre Hospitalier Bretagne Sud – Site de Lorient
- Centre Hospitalier Bretagne Atlantique – Site d'Auray
- Centre Hospitalier Bretagne Atlantique – Site de Vannes
- Centre Hospitalier Centre Bretagne de Pontivy
- Centre Hospitalier de Ploermel
- Clinique du Ter à Ploemeur



CS 14253 – 35042 RENNES Cedex
Standard : 02.90.08.80.00
www.ars.bretagne.sante.fr