

Chacun sa vie,

**Chacun
ses choix**

2019

**PROGRAMME RÉGIONAL
D'ACCÈS À L'IVG
EN NOUVELLE-AQUITAINE**

PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À L'IVG EN NOUVELLE-AQUITAINE

Sommaire

I.	CADRAGE NATIONAL	2
II.	CADRAGE DES PROGRAMMES RÉGIONAUX	2
III.	MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À L'IVG	2
IV.	ETAT DES LIEUX RÉGIONAL	3
V.	LES PISTES D'AMÉLIORATION	22
1.	Mieux informer les femmes	24
2.	Améliorer l'offre dans une logique de parcours : ingénierie des soins dans les CIVG (secrétariat dédié, accueil téléphonique, plages de bloc ...), animation territoriale, liens ville-hôpital	25
3.	Diversifier l'offre : en particulier l'offre d'IVG médicamenteuse en ville (conventionnement, formation...)	28
4.	Porter une attention accrue aux femmes en situation particulière (vulnérabilité, précarité, femmes étrangères, mineures)	30
5.	Mieux gérer les situations d'urgence (femmes au terme avancé, périodes estivales)	32
VI.	EVALUATION	34
VII.	REMERCIEMENTS	34
VIII.	ANNEXES	35
1.	Liste des abréviations	35
2.	Tableau des actions du programmes régional d'accès à l'IVG	36
3.	Liste des CIVG en Nouvelle-Aquitaine	39
4.	Liste des CPEF en Nouvelle-Aquitaine	41
5.	Liste des EICCF en Nouvelle-Aquitaine	43
6.	Liste des CeGIDD en Nouvelle-Aquitaine	44
7.	Textes de référence	47
8.	Liste des illustrations	48

I. CADRAGE NATIONAL

La circulaire DGOS du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'IVG et à l'élaboration de plans régionaux présente les nouvelles mesures nationales pour l'accès à l'IVG et définit les actions à conduire par les ARS.

Les avancées nationales, dont certaines ont été traduites dans la loi de modernisation de notre système de santé, sont notamment :

- Remboursement à 100 % de l'IVG pour toutes les femmes,
- Revalorisation des forfaits IVG par méthode instrumentale pour maintenir cette offre sur le territoire,
- Suppression du délai de réflexion entre l'information et le consentement des femmes majeures souhaitant une IVG,
- Possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses,
- Recrutement possible de praticien.ne.s contractuel.le.s dans les établissements publics de santé pour la réalisation d'IVG,
- Réalisation d'IVG instrumentales en centres de santé, dans le cadre d'un cahier des charges défini par la HAS.

II. CADRAGE DES PROGRAMMES RÉGIONAUX

Selon la circulaire précitée, les programmes régionaux d'accès à l'IVG doivent être basés sur un diagnostic territorial partagé avec les acteurs, et viser trois grands objectifs :

- Améliorer l'information des femmes sur leurs droits,
- Améliorer les prises en charge proposées : les femmes doivent avoir le choix de la méthode, du lieu de réalisation,
- Assurer la fluidité des parcours, en particulier pour les situations particulières : IVG au-delà de la 10ème semaine de grossesse, période estivale, femmes sans droits ouverts (migrantes notamment), en situation de précarité, femmes mineures etc.

III. MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À L'IVG

Suite à la parution de la circulaire DGOS du 28 juillet 2016¹ demandant aux ARS d'élaborer un programme régional d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), et à la création du Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine (RPNA) permettant la création d'une coordination régionale des professionnel.le.s de santé sur l'IVG, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a retenu la méthodologie suivante :

- a) Etat des lieux régional :

¹ 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
http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/09/cir_41283.pdf

- Analyse des données statistiques IVG de 2013 à 2017 en Nouvelle-Aquitaine produites par l'ARS
- Enquête conjointe ARS et RPNA « Etat des lieux de l'accès à l'IVG en Nouvelle-Aquitaine en 2018 » présentée le 1^{er} juin 2018 dans le cadre d'un diagnostic régional partagé avec les professionnels de la régulation des naissances de Nouvelle-Aquitaine.
- Ateliers de discussion le 6 septembre 2018 autour des 4 axes prioritaires pressentis pour l'élaboration de ce plan :
 - Améliorer l'offre dans une logique de parcours : ingénierie des soins dans les centres d'interruption volontaires de grossesse (CIVG) (secrétariat dédié, accueil téléphonique, plages de bloc ...), animation territoriale, liens ville-hôpital
 - Diversifier l'offre : en particulier l'offre d'IVG médicamenteuse en ville (conventionnement, formation...)
 - Porter une attention accrue aux femmes en situation particulière (vulnérabilité, précarité, mineures, femmes étrangères)
 - Mieux gérer les situations d'urgence (femmes au terme avancé, périodes estivales).
- b) Rédaction commune du programme régional d'accès à l'IVG en Nouvelle-Aquitaine par l'ARS et la commission IVG Contraception sexualités du Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine.
- c) Validation par l'ARS et envoi du plan à la DGOS.

IV. ETAT DES LIEUX RÉGIONAL

1. Statistiques nationales²

Au niveau national, 216 700 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France en 2017 (chiffre relativement stable depuis 2006);

Le **taux de recours s'élève à 14,4 IVG** pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Métropole. L'indice conjoncturel d'avortement se maintient à 0,53 IVG par femme en 2017.

- 77,8 % en établissements de santé (méthode instrumentale 35 % et méthode médicamenteuse 46 %)
- 19,2 % en libéral (méthode médicamenteuse uniquement)
- 2,2 % en centres de santé et CPEF
- 1 % : sans acte recensé dans le PMSI

En 2017, 59% des IVG réalisées en établissement hospitalier sont des IVG médicamenteuses, contre 10% en 1992. L'augmentation progressive du nombre des IVG réalisées hors établissements hospitaliers, en cabinet libéral depuis 2005 et dans les centres de santé et les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) depuis 2009, s'accompagne de la baisse continue du nombre des IVG instrumentales réalisées en établissement hospitalier.

Globalement, 67,5% des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse en Métropole.

² « 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 », Études et Résultats, n°1081, Drees, septembre 2018 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>

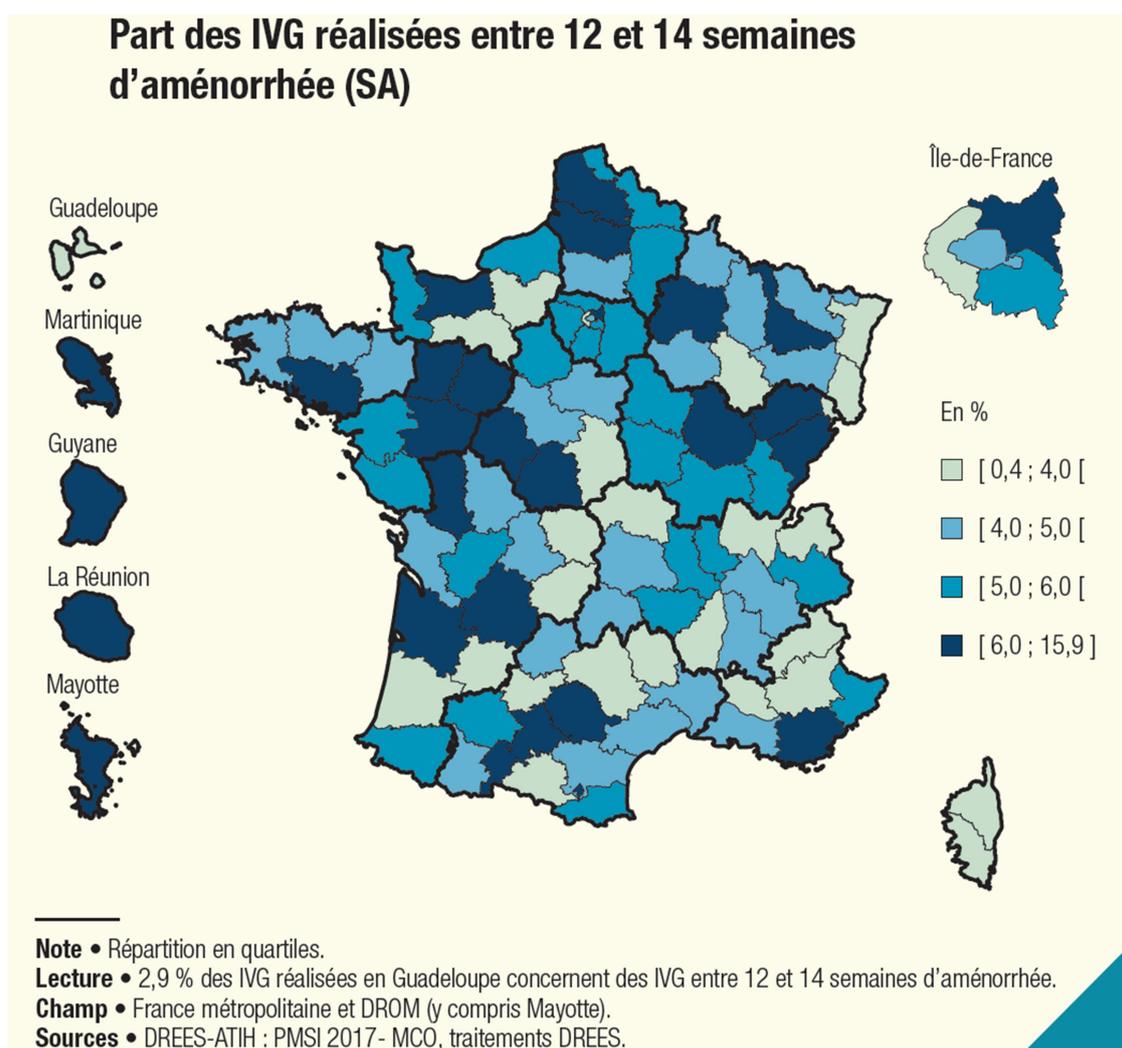
En Nouvelle-Aquitaine, ce taux est de 65 % en 2017.

Les femmes entre 20 et 24 ans restent les plus concernées par le recours à l'IVG (26,7/1 000 femmes), suivies de très près par les femmes de 25 à 29 ans (presque 25/1 000).

On observe au niveau national une diminution des taux de recours qui se poursuit chez les moins de 20 ans depuis 2010, alors que les taux ont plutôt tendance à croître parmi les 25-39 ans.

S'agissant de la répartition des IVG par établissement au niveau national, un tiers des IVG est réalisé par 29 des 520 établissements réalisant des IVG. 85 établissements réalisent moins de 50 IVG par an.

En France une IVG sur vingt est réalisée entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée (SA). Les différences varient de 1,1 % à 8,7 % selon les départements de résidence.



Carte 1 : part des IVG réalisées entre 12 et 14 SA – Etudes et Résultats DREES n°1081

2. Données régionales

La Nouvelle-Aquitaine a un taux de recours en 2017 de 13,2 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans³ :

- 14 pour 1 000 en ex-Aquitaine (chiffres 2017)
- 12,6 pour 1 000 en ex-Poitou-Charentes

³ Etudes et Résultats DREES n°1081 – septembre 2018

- 12,4 pour 1 000 en ex-Limousin

La moyenne pour la métropole (hors départements et régions d'outre-mer) est de 14,4 pour 1 000 femmes.

La Nouvelle-Aquitaine cumule 7,4 % des IVG réalisées au plan national⁴ (rappel : la population de femmes de Nouvelle-Aquitaine représentent 8,97% de celle des femmes françaises).

Afin de dresser un panorama de la situation de l'IVG en Nouvelle-Aquitaine en 2018, l'ARS a réalisé une étude statistique des données disponibles en matière d'IVG d'après les bases PMSI (bases ATIH), DCIR (SNDS) et INSEE. Elle s'est appuyée sur les données hospitalières issues du recueil d'activités des établissements (GHM 14Z08Z), les données de la médecine de ville issues du système national de données de santé et les données populationnelles issues de l'INSEE, et a appliqué la même méthodologie statistique que celle de la DREES dans son bulletin « données nationales IVG 2017 ».

Plusieurs constats sont ainsi à noter :

- Le nombre d'IVG en Nouvelle-Aquitaine diminue faiblement depuis 2013 (15 627 en 2016) mais cette baisse relative est à corréliser avec la baisse du nombre de naissances de ces dernières années.

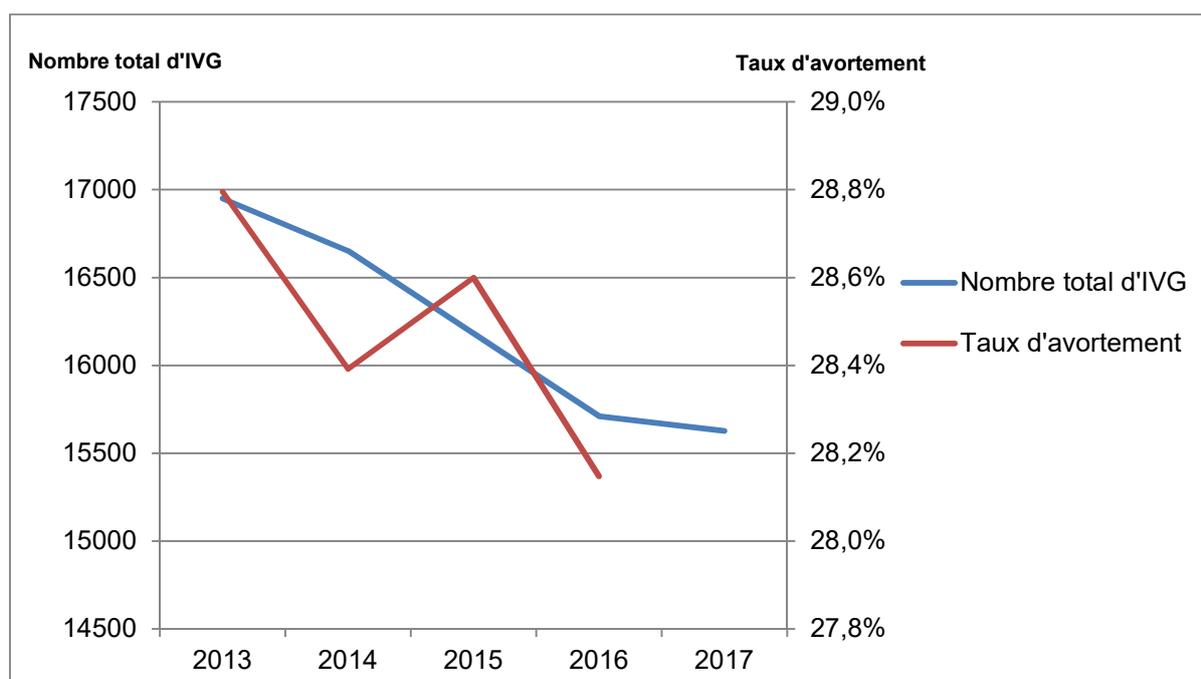


Figure 1 : nombre d'IVG et taux d'avortement pour les femmes résidant en Nouvelle-Aquitaine (vue patientes)

- Avec une moyenne mensuelle de 248 IVG en ville et 1054 IVG en milieu hospitalier en 2017, le nombre d'IVG mensuel est globalement stable : il n'existe pas dans les données de pic d'activité, ni de baisse autour des périodes de congés (période estivale et/ou Noël). Cependant, il arrive que certains établissements porteurs d'une offre IVG chirurgicale soient confrontés à une situation de tension et de risque de difficulté d'accès pendant la période estivale.
- La part des IVG médicamenteuses en ville est en légère augmentation entre 2016 et 2017. Cette tendance est également observée au plan national. Ceci peut être expliqué en partie par la suppression du délai obligatoire de 7 jours de réflexion depuis janvier 2016 permettant à plus de

⁴ « 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 », Études et Résultats, n°1081, Drees, septembre 2018 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>

femmes de pouvoir bénéficier d'une prise en charge en médecine libérale avant 49 jours d'aménorrhée.

- A l'exception de quelques départements, la part des IVG médicamenteuses augmente en ville mais aussi dans les établissements de santé, passant ainsi de 61,5% en 2016 à 64,6% en 2017. Ceci est lié à l'augmentation des IVG médicamenteuses en libéral et probablement également au développement de la prise en charge des IVG médicamenteuses en établissements entre 7 et 9 SA.
- Les données régionales en fonction de l'âge sont superposables aux données nationales. Le recours à l'IVG décroît depuis plusieurs années chez les 15-19 ans et 20-24 ans, alors que les taux de recours augmentent chez les femmes de plus de 25 ans.

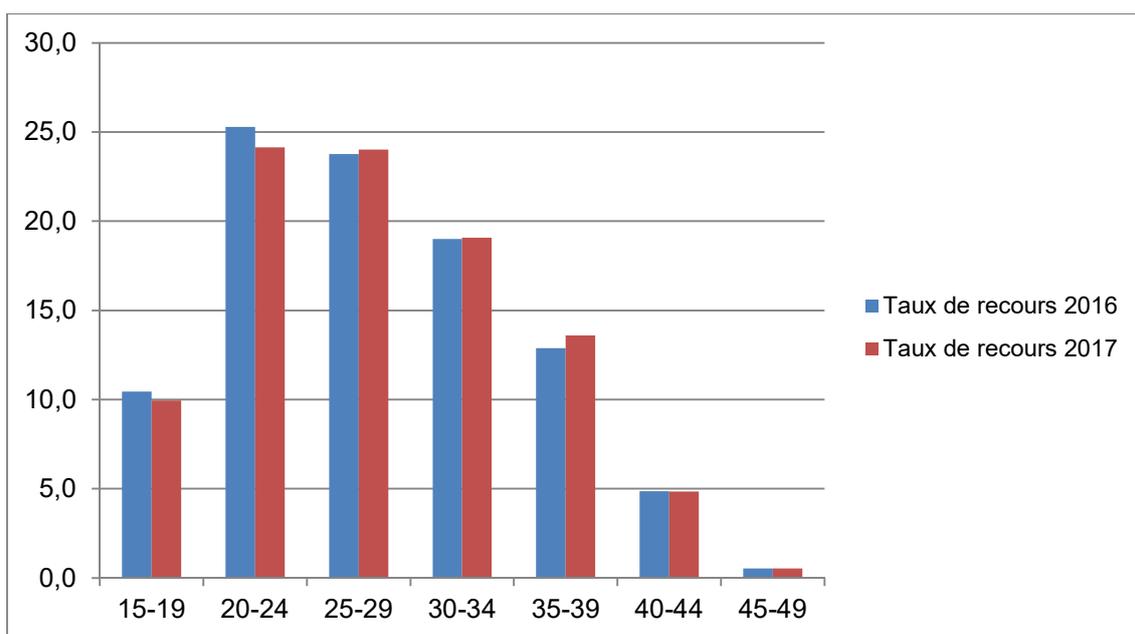


Figure 2 : taux de recours à l'IVG en 2016 et 2017 pour les patientes résidant en Nouvelle-Aquitaine selon l'âge

- Le taux de recours moyen à l'IVG en NA s'élève à 13,2 pour 1000 femmes en 2017. On observe une grande variabilité du taux de recours à l'IVG en fonction du département. Il est le plus faible dans les Deux-Sèvres et le plus élevé dans le Lot-et-Garonne. Cependant, ces chiffres portent sur le nombre d'IVG pour des femmes résidant en Nouvelle-Aquitaine même si l'acte a lieu hors du périmètre régional.

Département	2016			2017		
	Taux de recours	Nombre d'IVG	Population 15-49	Taux de recours	Nombre d'IVG	Population 15-49
Charente	13,3	899	67 363	13,7	911	66 634
Charente-Maritime	13,0	1 570	120 948	13,1	1 574	120 425
Corrèze	12,7	562	44 124	12,1	530	43 791
Creuse	10,3	204	19 764	10,1	197	19 461
Dordogne	15,3	1 121	73 499	15,2	1 106	72 613
Gironde	13,9	5 072	365 036	14,2	5 223	368 792
Landes	12,2	959	78 595	12,1	950	78 701
Lot-et-Garonne	15,6	983	63 214	15,7	982	62 713
Pyrénées-Atlantiques	12,6	1 720	136 167	12,2	1 662	135 949
Deux-Sèvres	9,0	659	72 848	9,0	651	72 451
Vienne	11,3	1 053	93 515	10,3	960	93 215
Haute-Vienne	11,8	909	76 808	11,6	881	76 205
Région	13,0	15 711	1 211 881	12,9	15 627	1 210 950

Tableau 1 : taux de recours 2016 et 2017 pour 1000 femmes (de 15 à 49 ans) résidant dans les départements de Nouvelle Aquitaine

- Dans les établissements, la plupart des IVG médicamenteuses sont réalisées un peu avant le délai recommandé par l'HAS maximal pour la réalisation de cette méthode : soit entre 7 et 9 SA. Pour les IVG instrumentales, on ne constate pas un phénomène aussi marqué : le pic s'étale entre 9 et 12 SA, avec un climax autour de 10,5 SA.

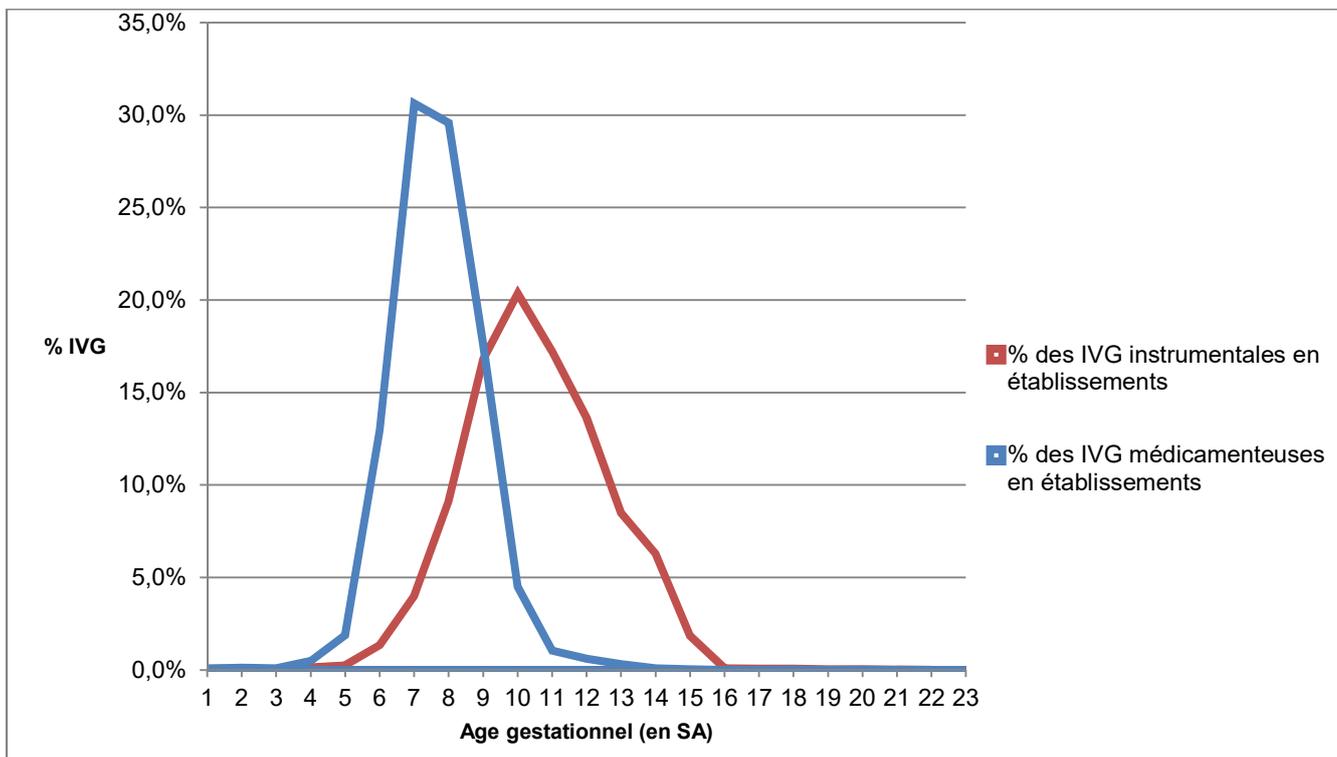


Figure 3 : IVG selon l'âge gestationnel et la méthode pour les femmes prises en charge dans les établissements de Nouvelle-Aquitaine en 2017. L'âge gestationnel est exprimé en semaines d'aménorrhée (SA).

3. Lieux des IVG selon les méthodes

L'enquête sur l'accès à l'IVG en Nouvelle-Aquitaine a été diffusée en ligne (formulaire "Googleform") entre le 12/04/2018 et le 15/05/2018 auprès des établissements de santé, des CPEF, centres de santé et professionnel.le.s libéraux.ales. susceptibles de réaliser ou de participer à l'IVG en Nouvelle-Aquitaine.

- Sur 53 établissements de santé réalisant des IVG, 29 (54,7 %) d'entre eux ont répondu à l'enquête :
 - o 23 établissements publics,
 - o 3 établissements privés à but non lucratif,
 - o 3 établissements privés à but lucratif.
- Sur 88 CPEF recensés en Nouvelle-Aquitaine, 32 (36,4%) ont répondu à l'enquête, 8 CPEF répondants réalisent des IVG médicamenteuses au-delà de 7 SA;
- Sur 77 médecins et 9 sages-femmes interpellés, 12 médecins et 7 sages-femmes libéraux.ales ont répondu à l'enquête. 13 d'entre eux déclarent réaliser des IVG médicamenteuses en ville.

Tous les établissements de santé (ES) répondants réalisent des IVG médicamenteuses :

- o 13 ES proposent l'IVG médicamenteuses hors ES,
- o 100 % réalisent des IVG entre 7 et 9 SA,
- o 4 ES réalisent des IVG médicamenteuses jusqu'à 14 SA et 1 ES jusqu'à 10 SA,

Parmi les établissements de santé répondants, 28 sur 29 réalisent des IVG instrumentales : 17 ES publics et 3 ES privés réalisent les IVG de 12 à 14 SA.

4. Organisation du parcours des femmes en demande d'IVG en établissement de santé

4.1 Délais

Selon l'enquête réalisée, les établissements de santé déclarent un délai moyen de 2,6 à 5,7 jours: soit 4,2 jours en moyenne. Les extrêmes sont de 2 à 7 jours (ES publics) et de 2 à 10 jours (ES privés).

Pour rappel, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2001 : « *Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel. Plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible. L'accès à l'IVG doit donc être simple et rapide.* »

4.2 Créneaux d'ouverture

Pour une demande d'IVG, les créneaux d'ouverture des secrétariats des établissements de santé permettant de prendre rendez-vous sur place et par téléphone semblent suffisants, selon l'enquête menée.

4.3 Ligne téléphonique dédiée à l'activité d'IVG

Selon les recommandations HAS de 2001, « *Chaque établissement de santé prenant en charge des IVG doit disposer d'une ligne téléphonique dédiée à cette seule activité, connue et largement diffusée* ».

En Nouvelle-Aquitaine, **seulement 41% des ES interrogés auraient une ligne téléphonique dédiée** (48% ES publics, 17% ES privés).

Seuls les départements des Landes (40), des Pyrénées Atlantiques (64) et des Deux-Sèvres (79) auraient une ligne téléphonique dédiée à l'IVG dans tous les CIVG répondants. Aucun CIVG du département de la Dordogne n'aurait de ligne téléphonique dédiée à l'IVG au sein des CIVG.

- Composition de l'équipe participant à l'activité IVG des établissements de santé

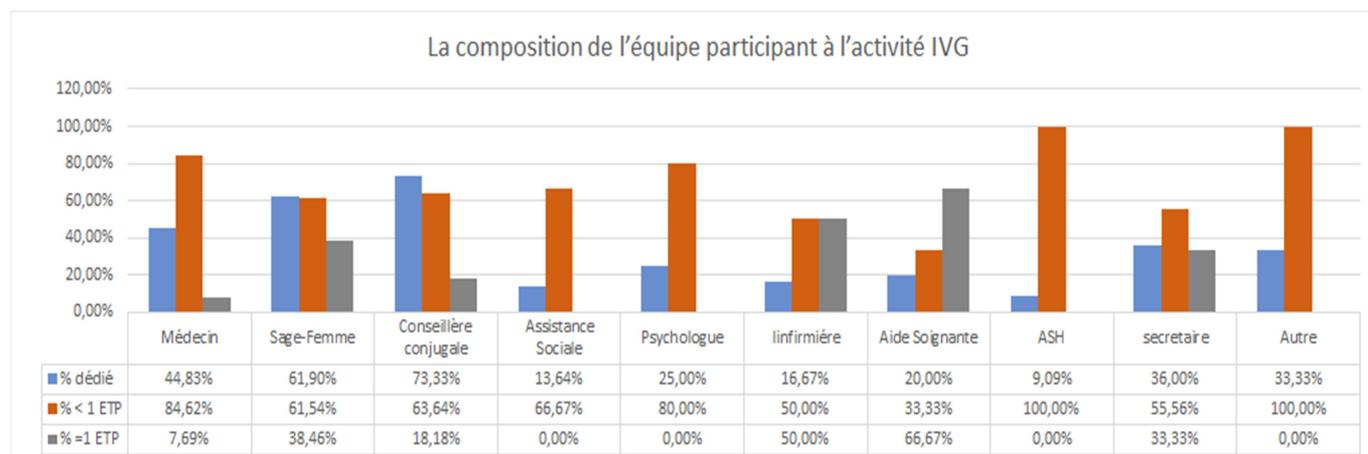


Figure 4 : (n) Médecin 29, Sage-femme 21, Conseillère conjugale et familiale 15, Secrétaire 25, IDE 12, Aide-Soignant 15

L'enquête ne précisant pas le nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP) par profession, elle ne peut mettre en avant que la diversité des équipes et leur fonction dédiée ou non à l'IVG.

Ce sont les conseillères conjugales et familiales, suivies des sages-femmes dont l'activité est le plus dédiée à l'orthogénie. Malgré cela, la quasi-totalité des intervenants des ES sont du personnel à temps partiel ce qui implique un risque de discontinuité dans la prise en charge des soins.

Si l'on s'intéresse au personnel à temps plein, ce sont les infirmier.e.s et aide-soignants qui auraient des

fonctions dédiées à l'IVG dans 50 à 66,7% des cas.

Seuls 44,8% des médecins déclarent avoir une fonction dédiée à l'IVG mais surtout à temps partiel (84,6%).

4.4 Périodes de fermeture

Concernant la pratique de l'IVG, **3 ES publics déclarent connaître des périodes de fermeture en dehors de la période estivale.** Aucun établissement ne fermerait en période estivale. **1 ES privé connaîtrait des périodes de fermeture en période estivale.**

4.5 Prise en charge des femmes en demande d'IVG en cas d'IVG répétées

Il n'y a pas lieu de refuser une prise en charge des femmes en demande d'IVG en cas d'IVG répétées. Afin de vérifier cette affirmation, cette question a été posée lors de l'enquête : **100 % des ES publics déclarent ne pas refuser de demande d'IVG en cas d'IVG répétées.**

83,3% des ES privés déclarent ne pas refuser de demande d'IVG en cas d'IVG répétées : **1 seul ES déclare fixer un seuil limite arbitraire à partir de 7 IVG.**

5. La pratique de l'IVG médicamenteuse en établissement de santé

5.1 L'IVG médicamenteuse à moins de 7 SA, en établissement de santé

Il existe des protocoles à respecter et des recommandations sont indiquées afin notamment de prendre en charge la douleur.

IVG médicamenteuse : protocoles à respecter de la HAS ⁵ mis à jour en juin 2018	Recommandations pour la pratique clinique de l'IVG en 2016 ⁶ du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
Le dosage de mifépristone peut être de 200 à 600 mg.	« La dose de 200 mg doit être préférée à celle de 600 mg pour la mifépristone (grade A) »
Lorsque la mifépristone 200 mg est utilisée, seul le Géméprost peut être associé. Si le Misoprostol est utilisé 400 µg suffisent par voie orale.	Le Géméprost n'y est pas mentionné. « La prise de Misoprostol par voie orale, buccale, sublinguale voire vaginale à la dose de 400 µg (est) éventuellement renouvelée après 3 heures (NP1, grade A) ».

Selon l'enquête régionale, le dosage de mifépristone utilisée lors d'une IVG médicamenteuse à moins de 7 SA en établissement de santé varie selon les 25 ES répondants :

- 200 mg pour 7 ES (24%),
- 600 mg pour 20 ES (69%),
- les deux pour 2 ES (7%),

⁵ IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter, BON USAGE DU MÉDICAMENT, HAS, Février 2015 – Mise à jour juin 2018 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf

⁶ Recommandations pour la pratique clinique L'interruption volontaire de grossesse, Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2016 http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252FRPC_2016_IVG.pdf&i=7804

- sans réponse pour 5 ES (17%).

En Nouvelle-Aquitaine, la prostaglandine utilisée est le Misoprostol :

- au dosage de 400µg (25 ES) ou 800 µg (1 ES).
- la voie d'administration est variable selon les ES : sublinguale (38%), jugale (38%), orale (41%), vaginale (21%). Les ES pouvaient déclarer plusieurs voies d'administration possibles.

A noter que le Géméprost 1 mg par voie vaginale ne serait pas utilisé en Nouvelle-Aquitaine pour des IVG à moins de 7SA.

Les principales raisons sont les mauvais retours d'expériences des équipes l'ayant testé, la douleur intense rapportée par les femmes, le coût du produit, ses difficultés de stockage.

- **Compte-tenu des dissensions des sociétés savantes, définir un protocole médicamenteux unique commun régional est une priorité du groupe de travail IVG RPNA.**

3 ES sur 29 ne proposent pas de traitement antalgique systématique aux femmes lors d'une IVG médicamenteuse à moins de 7 SA.

Aucun ES ne propose d'antibioprophylaxie (non recommandée).

Tous les ES proposent systématiquement la prescription d'un moyen de contraception.

2 ES sur 29 ne proposent pas systématiquement d'entretien psychosocial.

13 ES sur 29 ne proposent pas de dépistage systématique (obligatoirement proposé selon les recommandations actuelles) des infections sexuellement transmissibles (IST).

Les 29 établissements de santé interrogés déclarent avoir des difficultés à la pratique des IVG médicamenteuses avant 7 SA, en particulier sur :

- **la charge administrative trop importante liée aux contraintes médico-légales du dossier IVG (5 ES, 15%),**
- **l'accessibilité au standard téléphonique (4 ES, 13,79%),**
- l'organisation de l'ES (8 ES, 13,75%),
- **la prise en charge des femmes mineures (2 ES, 13,75%),**
- **la prise en charge de complications (5 ES, 12,5%),**
- **le respect de l'anonymat (5 ES, 12,5%),**
- **la coordination des structures (réseau ville hôpital) (4 ES, 7,5 %),**
- le délai de prise en charge (5 ES, 7,5%),
- **le défaut d'information adaptée sur le parcours IVG (2 ES, 5 %),**
- l'accompagnement de l'équipe (3 ES, 5 %),
- **le respect de la confidentialité (1 ES, 5%).**

5.2 Protocoles IVG médicamenteuses entre 7 et 9 SA en établissement de santé

IVG médicamenteuse : protocoles à respecter de la HAS ⁷ mis à jour en juin 2018	Recommandations pour la pratique clinique de l'IVG en 2016 ⁸ du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
Le dosage de mifépristone 200 mg.	« La dose de 200 mg doit être préférée à celle de 600 mg pour la mifépristone (grade A) »
Entre 7 et 9 SA seul le Gemeprost est autorisé, le Misoprostol ne devrait donc pas être utilisé.	Le Géméprost n'y est pas mentionné. « la prise de 800 µg de Misoprostol par voie vaginale, buccale ou sublinguale éventuellement complétée d'une dose de 400 µg au bout de 3 à 4 heures (grade A) avec un taux de succès à plus de 98 % (NP1) ».

Selon l'enquête régionale, le dosage de mifépristone utilisée lors d'une IVG médicamenteuse de 7 SA à 9 SA en établissement de santé varie selon les 25 ES répondants :

- 200 mg pour 8 ES (28%),
- 600 mg pour 3 ES (10%),
- les deux pour 13 ES (45%),
- sans réponse pour 5 ES (17%).

La prostaglandine utilisée est :

- le Misoprostol au dosage de 400µg (12 ES / 38%) ou 800 µg (11 ES /55%), par voie jugale (45%), sublinguale (31%), orale (24%), vaginale (24%),
- le Géméprost 1 mg par voie vaginale (2 ES/7%).

- **Ces différentes pratiques posologiques seront à discuter avec l'ensemble des professionnel.le.s des ES afin d'harmoniser ces pratiques, au regard des différentes recommandations de bonne pratique actuelle.**

20 ES sur 29 (69%) proposent un traitement antalgique systématique aux femmes lors d'une IVG médicamenteuse de 7 à 9 SA.

Aucun ES ne propose d'antibioprophylaxie (non recommandée).

Tous les ES proposent systématiquement la prescription d'un moyen de contraception.

2 ES sur 29 (10%) ne proposent pas systématiquement d'entretien psychosocial.

11 ES sur 29 (38%) proposent un dépistage systématiquement des IST.

Les 29 ES interrogés déclarent avoir des difficultés avec la réalisation des IVG médicamenteuse entre 7 et 9 SA. Ces difficultés portent sur :

- **le respect de l'anonymat (5 ES, 17,24 %),**
- **un défaut d'information adaptée sur le parcours IVG (4 ES, 13,79 %),**

⁷ IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter, BON USAGE DU MÉDICAMENT, HAS, Février 2015 – Mise à jour juin 2018 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf

⁸ Recommandations pour la pratique clinique L'interruption volontaire de grossesse, Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2016 http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252FRPC_2016_IVG.pdf&i=7804

- la prise en charge des femmes mineures (1 ES, 13,45 %),
- l'accessibilité au standard téléphonique (3 ES, 10,34 %),
- une charge administrative trop importante liée aux contraintes médico-légales du dossier IVG (3 ES, 10,34%),
- le délai de prise en charge (3 ES, 10,34 %),
- la prise en charge de complications (3 ES, 10,34 %),
- le respect de la confidentialité (3 ES, 10,34 %).
- l'accompagnement de l'équipe (1 ES, 3,45 %),
- l'organisation de l'ES (2 ES, 6,9 %),

5.3 Protocoles IVG médicamenteuse entre 9 et 14 SA

Protocoles IVG médicamenteuse à respecter de la HAS ⁹ mis à jour en juin 2018	Recommandations pour la pratique clinique de l'IVG en 2016 ¹⁰ du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
La méthode IVG médicamenteuse n'est pas recommandée entre 9 et 14 SA.	<p><i>Entre 9 et 14 SA, 200 mg mifépristone par voie orale sera suivie 24 à 48 heures plus tard de la prise de 800 µg de Misoprostol par voie vaginale, buccale ou sublinguale, puis 400 µg Misoprostol toutes les 3 heures par voie vaginale, buccale ou sublinguale, jusqu'à l'expulsion (NP2, grade B) (jusqu'à 5 doses supplémentaires).</i></p> <p><i>"Entre 9 et 14 SA, la prise de mifépristone par voie orale sera suivie 24 à 48 heures plus tard de la prise de 800 µg de Misoprostol par voie vaginale, buccale ou sublinguale. Les doses suivantes de Misoprostol (jusqu'à 5 doses supplémentaires) devront être de 400 µg, administrées toutes les 3 heures par voie vaginale, buccale ou sublinguale, jusqu'à l'expulsion (NP2, grade B). Entre 9 et 14 SA, les méthodes instrumentale et médicamenteuse devraient pouvoir être proposées. Les femmes doivent être informées des avantages et des inconvénients de chacune des méthodes en fonction du terme et des effets secondaires afin de faire un choix en fonction de leur situation personnelle et de leur ressenti par rapport à la technique"</i></p>

Selon l'enquête régionale, le dosage de mifépristone utilisée lors d'une IVG médicamenteuse de 9 SA à 14 SA en établissement de santé varie selon les 5 ES répondants :

- 200 mg pour 4 ES,
- 600 mg pour 1 ES.

⁹ IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter, BON USAGE DU MÉDICAMENT, HAS, Février 2015 – Mise à jour juin 2018 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf

¹⁰ Recommandations pour la pratique clinique L'interruption volontaire de grossesse, Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2016 http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252FRPC_2016_IVG.pdf&i=7804

La prostaglandine utilisée est :

- le Misoprostol au dosage de 400 µg (3 ES), 800 µg (1 ES), 800 µg Misoprostol renouvelé toutes les 3 h (jusqu'à 5 doses) (1 ES), par voie jugale (50 %), sublinguale (33%), orale (33 %), vaginale (33 %)
- le Géméprost 1 mg par voie vaginale (1 ES).

La réalisation d'IVG médicamenteuse entre 9 et 14 SA est hors recommandations actuelles de la HAS. Cependant, l'enquête régionale met en évidence que 5 ES proposent cette méthode entre 9 et 14 SA. Les données régionales d'IVG médicamenteuses entre 9 et 14 SA sont encore très peu nombreuses.

- **Un audit de ces pratiques devra être programmé avant de débiter une éventuelle étude pilote régionale pour définir les critères de bonne pratiques en lien avec cette nouvelle alternative si celle-ci se révèle opportune.**

4 ES sur 5 proposent un traitement antalgique systématique aux femmes lors d'une IVG médicamenteuse de 9 à 14 SA.

1 ES propose une antibioprofylaxie (non recommandée).

Tous les ES proposent systématiquement la prescription d'un moyen de contraception.

1 ES sur 5 ne propose pas systématiquement d'entretien psychosocial.

4 ES sur 5 ne proposent pas de dépistage systématiquement des IST.

Les 5 ES interrogés déclarent avoir des difficultés liées à la pratique de l'IVG médicamenteuse entre 9 et 14 SA. Ces difficultés portent sur :

- **accessibilité au standard téléphonique (2 ES),**
- **organisation de l'ES (2 ES),**
- **prise en charge de complications (1 ES).**

6. Les IVG Instrumentales en établissement de santé

Lors de l'enquête régionale, un établissement de santé a omis de répondre aux questions sur l'IVG instrumentale. Les données retranscrites sont donc sous évaluées très certainement. Pour rappel, seuls 29 ES sur 53 ont répondu à cette enquête.

6.1 Nombre de praticien.ne.s réalisant les IVG instrumentales et les créneaux de bloc opératoire réservés pour les IVG instrumentales

Département / ex-Région / Nouvelle-Aquitaine	Nombre de praticien.ne.s réalisant les IVG instrumentales	Moyenne du nombre de praticien.ne.s réalisant les IVG instrumentales par ES	Nombres d'ES répondants à l'enquête / Nombre d'ES n'ayant pas répondu à l'enquête	Nombre d'IVG instrumentales en 2017 ¹¹
16 Charente	10	10	1 / 4	262
17 Charente Maritime	16	5,3	3 / 4	444
19 Corrèze	7	3,5	2 / 3	177
23 Creuse	3	3	1 / 1	87
24 Dordogne	11	3,7	3 / 4	406
33 Gironde	32	4,6	7 / 11	1 971
40 Landes	6	3	2 / 3	416
47 Lot et Garonne	11	3,7	3 / 4	239
64 Pyrénées Atlantiques	9	4,5	2 / 10	752
79 Deux Sèvres	1	1	1 / 3	218
86 Vienne	10	5	2 / 3	271
87 Haute Vienne	10	5	2 / 3	354
Nouvelle-Aquitaine	126	4,3	29 / 53	5 597
ex Aquitaine	69	4,1	17 / 32	3 784
ex Limousin	20	4	5 / 7	618
ex Poitou-Charentes	37	5,3	7 / 14	1 195

Tableau 2 : Nombre et moyenne de praticien.ne.s réalisant les IVG instrumentales par département, ex-région, région au regard du nombre d'ES ayant répondu et du nombre d'IVG instrumentale en 2017

Nb praticien.ne.s de l'ES	1	2	3	4	5	6	7	8	10
Nb ES / 28 ES répondants	2 ES	5 ES	4 ES	6 ES	3 ES	1 ES	2 ES	1 ES	3 ES

Tableau 3 : Nombre de praticien.ne.s réalisant les IVG instrumentales par ES répondants à l'enquête régionale.

2 Etablissements de santé en Nouvelle-Aquitaine n'ont qu'un seul praticien réalisant les IVG instrumentales, 5 autres ES n'en ont que 2.

Sur les 28 ES, seuls 19 ES (68 %) déclarent avoir un **créneau de bloc opératoire réservé à l'IVG instrumentale**.

- **La permanence de soins pour la réalisation d'IVG instrumentale est donc fragile en Nouvelle-Aquitaine, avec de grandes variations en fonction des départements.**

¹¹ Chiffres 2017 obtenus sur <http://www.data.drees.sante.gouv.fr> (chiffres 2016 indisponibles)

6.2 Protocole des IVG instrumentales en établissement de santé

Les recommandations HAS¹² concernant la préparation cervicale sont : « *La dilatation mécanique du col peut être précédée d'une préparation cervicale médicamenteuse. Lorsqu'elle est recommandée, la technique de préparation cervicale repose sur :*

- - *mifépristone 200 mg per os 36 à 48 heures avant aspiration (grade A) ;*
- - *ou Misoprostol 400 µg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant aspiration (grade A).*

La préparation cervicale, quel que soit le produit utilisé, ne nécessite pas d'hospitalisation. »

Les dernières recommandations CNGOF¹³ stipulent : « *Il est recommandé de l'utiliser systématiquement lors d'une IVG instrumentale (accord professionnel). Le Misoprostol est un agent de première intention pour la préparation cervicale en vue de diminuer les complications liées au geste (grade A). Il est plus efficace sur la dilatation cervicale que le Géméprost ou aux donneurs d'oxyde d'azote tout en donnant moins d'effets indésirables (NP1). Lors de la préparation cervicale par Misoprostol, une dose à 400 µg est recommandée, car plus efficace qu'une dose à 200 µg (grade A). L'adjonction de 200 mg de mifépristone au Misoprostol 24 à 48 heures avant le geste est bénéfique pour les grossesses comprises entre 12 et 14 SA (NP2) ».*

Depuis l'arrêt de commercialisation du Cytotec®, seuls Gymiso® et MisoOne® sont disponibles et n'ont d'autorisation de mise sur le marché que par voie orale.

Selon l'enquête régionale, la préparation cervicale prescrite entre 7 et 12 SA est (plusieurs choix possibles) :

- 200 mg mifépristone (13 ES sur 28, 45 %)
- 400 µg Misoprostol voie orale (6 ES, 21%)
- 400 µg Misoprostol voie jugale / sublinguale (9 ES, 31%)
- 400 µg Misoprostol voie vaginale (5 ES, 17%).

La préparation cervicale prescrite entre 12 et 14 SA est (plusieurs choix possibles) :

- 200 mg mifépristone (15 ES, 52 %)
- 400 µg Misoprostol voie orale (3 ES, 14%)
- 400 µg Misoprostol voie jugale / sublinguale (10 ES, 34%)
- 400 µg Misoprostol voie vaginale (5 ES, 17%).

Selon les recommandations CNGOF¹⁴, une antibiothérapie est utile. Selon la Société Française des Anesthésistes Réanimateurs (SFAR)¹⁵, aucune antibiothérapie n'est nécessaire lors d'une IVG instrumentale.

¹² Prise en charge de l'Interruption Volontaire de Grossesse jusqu'à 14 SA, HAS, mars 2001 revue en décembre 2010 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_2001_-_recommandations_revues_2010_2011-04-28_15-29-11_241.pdf

¹³ Recommandations pour la pratique clinique L'interruption volontaire de grossesse, Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2016 http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252FRPC_2016_IVG.pdf&i=7804

¹⁴ Recommandations pour la pratique clinique L'interruption volontaire de grossesse, Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2016 http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252FRPC_2016_IVG.pdf&i=7804

Selon l'enquête régionale, seuls 58% des ES prescrivent une antibioprofylaxie systématique, 10% sur point d'appel.

Seuls 68% des ES prescrivent un traitement antalgique systématique.

93 % prescrivent systématiquement une contraception associée.

41% proposent un dépistage systématique des IST et parmi eux seuls 48% pensent à rechercher l'infection à *Chlamydiae Trachomatis*.

83 % des ES proposent l'entretien psychosocial.

6.3 Le choix de l'anesthésie lors de l'IVG instrumentale

Département / ex-Région / Nouvelle-Aquitaine	Nombre d'IVG instrumentales en 2017 ¹⁶	Pourcentage d'IVG instrumentales avec anesthésie générale (en%) en 2017 ¹⁷
16 Charente	262	99,6 %
17 Charente Maritime	444	97,1 %
19 Corrèze	177	99,4 %
23 Creuse	87	100 %
24 Dordogne	406	98 %
33 Gironde	1 971	96,2 %
40 Landes	416	95,2 %
47 Lot et Garonne	239	98,7 %
64 Pyrénées Atlantiques	752	82,3 %
79 Deux Sèvres	218	95,4 %
86 Vienne	271	99,6 %
87 Haute Vienne	354	99,4 %
Nouvelle-Aquitaine	5 597	95,2 %
France entière	687 06	80 %

Tableau 4 : Nombre d'IVG instrumentales en 2017 et pourcentage d'IVG instrumentales avec anesthésie générale en 2017 par département et en Nouvelle-Aquitaine

Le nombre d'IVG instrumentale sous anesthésie générale en Nouvelle-Aquitaine est bien supérieur à celui observé en France entière.

Selon l'enquête régionale, 6 ES publics et 1 ES privé déclarent proposer l'anesthésie locale :

- 1 ES en Dordogne,

¹⁵ Antibioprofylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) (2017) : http://sfar.org/wp-content/uploads/2017/09/Antibioprofylaxie-version-2017-CRC_CA_MODIF.pdf <http://sfar.org/antibioprofylaxie-en-chirurgie-et-medecine-interventionnelle-patients-adultes-2017/>

Cf. page 31 et 32 "Antibioprofylaxie en chirurgie gynécologique et en obstétrique (avis d'experts)". Depuis 2017, selon la SFAR, aucune antibiothérapie n'est nécessaire lors d'une IVG instrumentale.

¹⁶ Chiffres 2017 obtenus sur <http://www.data.drees.sante.gouv.fr> (chiffres 2016 indisponibles)

¹⁷ Chiffres 2017 obtenus sur <http://www.data.drees.sante.gouv.fr> (chiffres 2016 indisponibles)

- 3 ES en Gironde,
- 1 ES en Charente,
- 1 ES en Deux Sèvres.

Alors que le choix de la méthode IVG est garanti par la loi¹⁸, la possibilité d'obtenir une IVG instrumentale sous anesthésie locale semble restreinte.

L'information et la formation des médecins à l'IVG instrumentale sous anesthésie locale semblent nécessaires afin de permettre le respect du choix des méthodes en Nouvelle-Aquitaine.

- **Les différents échanges entre professionnel.le.s de l'IVG au sein du groupe de travail IVG du réseau périnatal Nouvelle-Aquitaine confirment un besoin de formation des équipes et d'optimisation des circuits courts de prise en charge.**

6.4 La prise en charge des IVG "tardives" (12-14 SA)

Département / Nouvelle-Aquitaine	Part des IVG réalisées entre 12 et 14 SA (en %)
16 Charente	5,2 %
17 Charente Maritime	4,4 %
19 Corrèze	2,3 %
23 Creuse	3,5 %
24 Dordogne	6,2 %
33 Gironde	7,9 %
40 Landes	3,9 %
47 Lot et Garonne	3,8 %
64 Pyrénées Atlantiques	5,2 %
79 Deux Sèvres	6,4 %
86 Vienne	4,6 %
87 Haute Vienne	4,1 %
Nouvelle-Aquitaine	5,8 %
France entière	5,2 %

Tableau 5 : Part des IVG réalisées entre 12 et 14 SA en 2017 selon le département et région de résidence de la femme¹⁹

Selon l'enquête régionale, des ES limitent leur pratique de l'IVG instrumentale à un terme inférieur à 14 SA. Ci-dessous le tableau récapitulatif des ES refusant totalement ou partiellement la prise en charge des femmes lors d'IVG instrumentale entre 12 et 14 SA. Les établissements fixent leur "propre limite de terme".

¹⁸ article L2212-1 du code de santé publique "Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement."

¹⁹ Chiffres 2017 obtenus sur <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>

Certains ES n'ont pas de procédure d'urgence et n'adressent pas forcément les femmes vers un professionnel pouvant l'accueillir dans les délais légaux (obligation juridique).

Dépt	Refus total ou partiel de PEC des 12-14 SA	Jusqu'à quel terme réalisez-vous des IVG instrumentales (en SA) ?	Procédure d'urgence des PEC IVG 12-14 SA	Si pas de PEC, adressez-vous les femmes vers un autre ES ?
17	1 ES public	12 SA	non	oui
19	2 ES publics	10 SA	oui	oui
		12 SA	oui	oui
23	1 ES public	14 SA, pratique hétérogène des praticien.ne.s	oui	oui
24	2 ES publics	12 SA	non	oui
		12 SA + pratique hétérogène des praticien.ne.s	non	oui
33	2 ES privés	12 SA	non	oui
		14 SA mais pb d'organisation du bloc	non	non
47	2 ES publics 1 ES privés	12 SA	non	non
		pratique hétérogène des praticien.ne.s	non	oui
		12 SA	non	non
86	1 ES privé	11 SA	oui	oui

Tableau 6 : Les ES refusant totalement ou partiellement la prise en charge des femmes lors d'IVG instrumentale entre 12 et 14 SA

6.5 Les difficultés recensées pour les IVG instrumentales en Établissement de Santé

Les 28 ES répondants déclarent avoir des difficultés liées à :

- l'organisation des ES (6 ES, 20,7%)
- l'accessibilité au bloc opératoire : plage opératoire non définie ou limitant l'offre de soins (5 ES, 17,2%)
- l'accessibilité au standard téléphonique (4 ES, 13,8%)
- la charge administrative en lien avec les contraintes médico légales du dossier IVG (4ES, 13,8%)
- l'accompagnement de l'équipe (3 ES, 10,3%)
- l'accueil téléphonique : défaut d'information adaptée sur le parcours IVG (2 ES, 6,9 %)
- le délai de prise en charge (2 ES, 6,9%)
- la prise en charge des femmes mineures (2 ES, 6,9%)

- le respect de l'anonymat (2 ES, 6,9%)
- le respect de la confidentialité (2 ES, 6,9%)

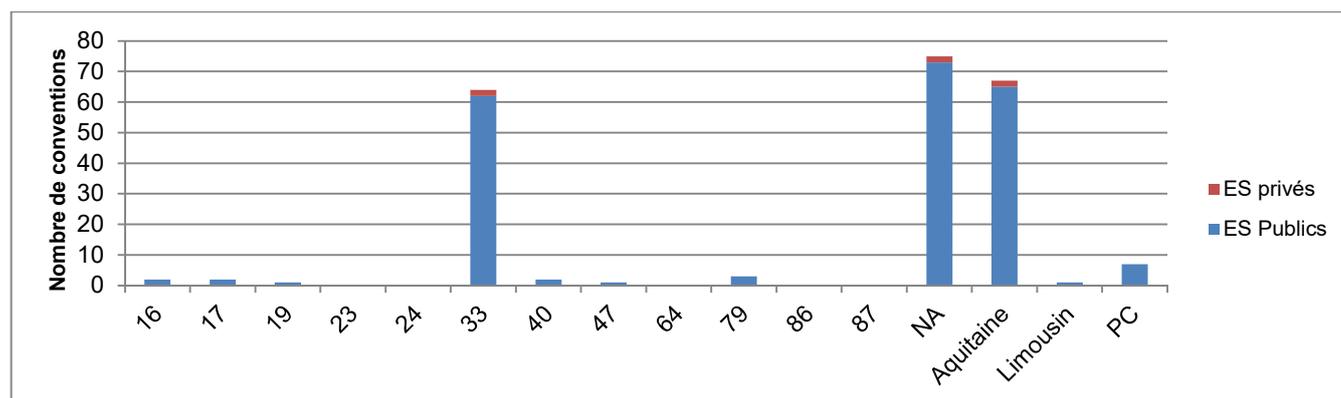
Le manque de médecins pratiquant les IVG instrumentales, le délai de programmation bloc opératoire sont deux freins essentiels à l'offre de soins d'IVG instrumentale en Nouvelle-Aquitaine.

7. La prise en charge IVG médicamenteuses en ville

7.1. Les conventions entre les ES et les professionnel.le.s libéraux.ales pour la réalisation d'IVG médicamenteuse en médecine de ville

Les médecins libéraux.ales (depuis 2004), les centres de santé et CPEF (2009) et les sages-femmes libérales (depuis 2016) peuvent pratiquer l'IVG médicamenteuse en médecine de ville après signature d'une convention avec l'ES pouvant prendre en charge les femmes en cas de complications.

Selon l'enquête régionale (non exhaustive), 79 conventions ont été établies en Nouvelle-Aquitaine. Leur répartition par département est très variable et plusieurs départements ne proposent pas encore à ce jour la possibilité de réaliser les IVG médicamenteuses en médecine de ville



	16	17	19	23	24	33	40	47	64	79	86	87	NA	Aquitaine	Limousin	Poitou-Charentes
CIVG Publics	2	2	1	0	0	62	2	1	0	3	0	0	73	65	1	7
CIVG privés	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0

Figure 5 et tableau 7 : Répartition du nombre de conventions selon les départements de Nouvelle-Aquitaine.

La coordination régionale IVG devra continuer l'analyse de cette offre de soins, informer sur cette pratique et aider à sa mise en place dans les départements qui n'en sont pas pourvu.

7.2. Protocole IVG médicamenteuse à moins de 7 SA des praticien.ne.s libéraux.ales et leurs difficultés

Peu de professionnel.le.s libéraux.ales ont répondu à l'enquête régionale.

Ceux ayant répondu, déclarent:

- 100% de choix pour la femme entre ville et hôpital contre 41% de ES (absence de pratique libérale locale).
- Voie d'administration du Misoprostol sublinguale et buccale très majoritaire
- 100% prescription simultanée d'antalgiques et de contraception associée

- Aucun praticien libéral ne prescrit d'antibioprophylaxie.
- Seuls 30,7% des libéraux.ales proposent le dépistage des IST systématique, 15,4 % en fonction du contexte.
- 69% des libéraux.ales proposent l'entretien psychosocial à toutes les femmes
- 26% des libéraux.ales trouvent la charge de travail administrative trop importante.
- Avoir des difficultés avec les procédures de facturation spécifique (pour les femmes mineures et vulnérables).

7.3. Protocole IVG médicamenteuse à moins de 7 SA des CPEF et leurs difficultés

Très bonne pratique des CPEF réalisant les IVG médicamenteuses :

- 4 CPEF / 8 prescrivent 200 mg mifépristone.
- 9 CPEF / 8 utilisent le Misoprostol dont un seul à 800 µg. Voie d'administration principale (jugale ou sublinguale).
- 7 CPEF / 8 proposent une antalgie systématique et une contraception.
- Aucun CPEF ne pratique d'antibioprophylaxie.
- 5 CPEF / 8 proposent de dépistage systématique des IST.

Les CPEF qui ne réalisent pas d'IVG proposent essentiellement des ressources sociales en lien avec l'accompagnement mais peu de ressources médicales : la 1^{ère} consultation pré IVG ne peut être réalisée que dans 33 % des CPEF ne réalisant pas d'IVG (du fait d'un manque de moyens en termes de personnel médical).

Seuls 2 CPEF déclarent pouvoir réaliser l'échographie de datation de grossesse (tous font le diagnostic de grossesse).

8. La prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité (mineures, migrantes en situation irrégulière)

8.1 La prise en charge IVG des femmes mineures en Nouvelle-Aquitaine

- 14 ES sur 29 proposent l'utilisation du code d'anonymisation CPAM.
- 1 ES restreindrait le choix de méthode.
- 2 ES restreindraient le choix de l'anesthésie.
- 5 praticien.ne.s libéraux.ales et 1 CPEF ré adressent les mineures vers d'autres structures.

La prise en charge des femmes mineures ne semble pas poser de problème en ES contrairement aux professionnel.le.s libéraux.ales.

- **L'amélioration des procédures sur cette population est donc particulièrement nécessaire en ville pour permettre l'anonymisation éventuelle des dossiers et garantir un accompagnement psycho-social adapté.**

8.2 La prise en charge IVG des femmes vulnérables

Il n'existe aucune procédure spécifique sur la prise en charge des femmes vulnérables en ES ou en médecine libérale à ce jour.

Seuls 4 ES avaient connaissance de l'existence d'un circuit de facturation en soins d'urgence pour les femmes vulnérables.

Les PASS hospitalières sont mobilisées mais surtout comme soutien social et non clinique en urgence.

Globalement les femmes vulnérables et précaires sont ré orientées systématiquement vers les ES

publics.

Seuls 2 professionnel.le.s libéraux.ales acceptent de les prendre en charge en médecine de ville.

- **Un travail sur ce thème est à prévoir au niveau régional pour diffuser des outils administratifs simples pour faciliter l'accès aux soins d'urgence y compris en ville.**

9. Sources d'information

9.1 La plateforme téléphonique Contraception Sexualité IVG n° 0 800 08 11 11 qui oriente les femmes en demande d'IVG

Seulement 27 répondants sur 80 déclarent connaître la plateforme téléphonique *Contraception Sexualité IVG n° 0 800 08 11 11* qui oriente les femmes en demande d'IVG vers les structures et les professionnel.le.s libéraux.ales pratiquant l'IVG.

Il semble donc important de communiquer largement sur les façons dont les femmes ont accès à l'IVG en Nouvelle-Aquitaine. De plus, concernant les professionnel.le.s libéraux.ales pratiquant l'IVG médicamenteuse en médecine de ville, il semble nécessaire de les inciter à se faire connaître auprès de cette plateforme téléphonique afin d'améliorer l'offre de soins et l'orientation des femmes appelantes.

9.2 L'implication sur l'IVG, la Contraception, la Sexualité en Nouvelle-Aquitaine

52 personnes répondantes ont déclaré souhaiter participer à un groupe de travail IVG-Contraception-Sexualités animé par le Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine. Cette large motivation déclarée est prometteuse sur le futur travail régional d'harmonisation des pratiques de l'IVG.

V. LES PISTES D'AMÉLIORATION

A l'issue de ce travail de diagnostic, un certain nombre de difficultés apparaissent en particulier concernant les procédures de prise en charge, le conventionnement, les délais d'accès et de prise en charge ainsi que concernant les moyens mis à disposition pour traiter les demandes. Un soutien est également nécessaire pour améliorer l'accès et la prise en charge des IVG médicamenteuses.

Le tableau ci-après dresse un état des principales difficultés rencontrées par les centres et les professionnel.le.s libéraux.ales pratiquant l'IVG.

Délais et prise en charge	<p>Certaines périodes de l'année (mai – juin – juillet – août) subissent des réductions des effectifs alloués à l'activité d'IVG.</p> <p>Les délais peuvent être très longs au niveau du secrétariat ou pour la prise en charge (jusqu'à 15 jours de délais).</p> <p>Il n'y a pas assez de créneaux de blocs opératoires dédiés.</p> <p>Il manque de praticien.ne.s qui acceptent de consulter pour les demandes d'IVG.</p> <p>Certains établissements externalisent les entretiens psychosociaux.</p> <p>Il existe un manque d'implication des responsables des services de gynécologie-obstétrique dans certains territoires.</p>
Procédures	<p>Les procédures de prise en charge des IVG médicamenteuses sont encore insuffisamment définies.</p> <p>La procédure d'accueil des femmes migrantes est encore complexe et insuffisamment harmonisée sur les territoires.</p> <p>Souvent, les femmes majeures pratiquant l'IVG n'ont pas accès à l'anonymat.</p> <p>Le transport des mineures vers le centre peut être difficile du fait de l'éloignement, de la prise en charge du coût et de l'absence de procédure d'accompagnement de la jeune fille.</p> <p>Les complications post IVG ne sont pas prises en charge dans les forfaits, ce qui lève l'anonymat au moment de la facturation pour les femmes mineures.</p>
Conventionnement	<p>Des difficultés sont rencontrées dans la signature de conventions de partenariat avec certains centres hospitaliers pour les professionnel.le.s libéraux.ales.</p> <p>Les médecins et les sages-femmes souhaiteraient bénéficier d'un appui méthodologique pour le conventionnement.</p> <p>Dans certains territoires, les sages-femmes rencontrent des difficultés pour obtenir le conventionnement avec un centre IVG afin de pratiquer les IVG médicamenteuses.</p> <p>Il existe encore des restrictions d'installation des sages-femmes, liées à un zonage obsolète de 2012 et inadapté au regard des nouvelles compétences des sages-femmes acquises en 2009 et 2016. En effet, ce zonage des sages-femmes reste basé sur le nombre de naissances domiciliée et non sur le nombre de femmes domiciliées²⁰. Cela a un impact sur l'accès à l'IVG.</p> <p>Les filières périnatales des GHT devront aussi intégrer l'accès à l'IVG sur leur territoire.</p>
IVG médicamenteuses	<p>Les médecins généralistes travaillant dans les centres 15 ont de plus en plus d'appels de femmes ayant des problèmes post-IVG médicamenteuse.</p> <p>Il y a une difficulté d'accès à l'IVG médicamenteuse en ville et un manque de lit dédiés à l'orthogénie.</p> <p>Les médecins libéraux manquent de formation sur l'IVG médicamenteuse.</p>

De ces constats, 5 pistes d'amélioration peuvent être retenues :

- 1- Mieux informer les femmes
- 2- Améliorer l'offre dans une logique de parcours : ingénierie des soins dans les CIVG (secrétariat dédié, accueil téléphonique, plages de bloc ...), animation territoriale, liens ville-hôpital
- 3- Diversifier l'offre : en particulier l'offre d'IVG médicamenteuse en ville (conventionnement, formation...)
- 4- Porter une attention accrue aux femmes en situation particulière (vulnérabilité, précarité, femmes étrangères)
- 5- Mieux gérer les situations d'urgence (femmes au terme avancé, périodes estivales).

²⁰ <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/les-zonages-des-professionnels-de-sante-liberaux-2>
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/13_mars_2012_CNNSE_Cnamts_avenant_final.pdf

1. Mieux informer les femmes

Le N° Azur national 0 800 08 11 11 « *Sexualité, contraception, IVG* » vise à informer les femmes sur leurs droits en matière d'IVG, ainsi qu'à les orienter vers les professionnel.le.es et les structures pratiquant l'IVG.

Il est porté à l'échelle nationale par le Planning Familial (PF). Cette plateforme prend effectivement en charge les appels provenant des trois ex-régions.

Le site internet de l'ARS Nouvelle-Aquitaine propose quelques informations générales, la liste des centres pratiquant les IVG en ex-Aquitaine, ainsi que la liste des CeGIDD.

De plus, les guides relatifs à la pratique de l'IVG élaborés par le Ministère de la Santé sont disponibles en téléchargement.

L'ARS assure également le financement de l'impression des guides relatifs²¹ à l'IVG (et à la stérilisation à visée contraceptive) auprès des centres et des professionnel.le.s libéraux.ales conventionné.e.s de la région réalisant des IVG et des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), qui peuvent ensuite les délivrer aux femmes qui souhaitent avoir recours à une IVG.

Des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, notamment à destination des jeunes scolarisés ou non, sont financées sur les crédits de prévention, afin d'aborder notamment les questions d'avortement, mais également de contraception, dans une approche globale et positive de la santé sexuelle.

Dans ce cadre, il convient de noter tout particulièrement le projet cofinancé par l'ARS, le Conseil Régional et la Direction Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité (DRDFE), visant à développer un site internet relatif à l'accès à la contraception, aux droits et à l'avortement, au suivi de grossesse, à l'IVG et au dépistage des IST, à l'écoute et aux conseils sur les sexualités, les violences et inégalités pour les jeunes de la région de 15 à 30 ans, qui constituent les tranches d'âge les plus concernées par les IVG : <http://tonplanatoi.fr/>

Actions à mener :

Relancer une campagne régionale pour faire connaître le N° Azur « Sexualité, contraception, IVG », en se basant notamment sur l'étude menée au niveau national et portant sur les modalités de connaissance du numéro (très majoritairement par internet, ce qui implique un changement de stratégie : nécessité d'une campagne web (dont réseaux sociaux), les affiches et les flyers n'étant pas les moyens les plus adaptés pour communiquer sur ce service). Promouvoir aussi cette ligne téléphonique auprès des professionnel.le.s de santé afin de mieux orienter les femmes en demande d'IVG et de les inciter à s'y faire inscrire (faciliter la mise à jour de la base de données).		
Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS Relai par Planning Familial et RPNA	campagne web (nombre de relais via sites partenaires, réseaux sociaux...)	priorité modérée à court terme

²¹ Dossier guide IVG (juin 2018) <https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html>
Dossier guide stérilisation définitive à visée contraceptive (août 2017) http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_sterilisation_2017_bd.pdf

Proposer un annuaire régional sur l'accès à l'IVG :

- Constituer et diffuser via notamment le site de l'ARS et du RPNA, une liste exhaustive de tous les lieux et professionnel.le.s pratiquant les IVG,
- Mettre à disposition du public la liste des conseil.ler.ère.s conjugaux.ales et familiaux.ales, médecins et sages-femmes de ville ayant une activité IVG,
- Impliquer les laboratoires biologiques et les pharmacies des bassins de vie autour des praticien.ne.s conventionné.e.s via une animation territoriale.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS, RPNA Planning Familial (PF) Relai URPS	Annuaire nombre de structures informées	urgence

Rejoindre la carte interactive nationale, gérée par REVHO : <https://www.ivglesadresses.org/>

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS, RPNA, PF	date d'ouverture du site, nombre de visites	urgence

2. Améliorer l'offre dans une logique de parcours : ingénierie des soins dans les CIVG (secrétariat dédié, accueil téléphonique, plages de bloc ...), animation territoriale, liens ville-hôpital

En mars 2017, le Réseau périnatal Aquitaine avait élaboré, pour les professionnel.le.s, un guide relatif aux procédures régionales de prise en charge de l'IVG afin d'harmoniser les pratiques. Le Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine est en mesure de formaliser ces procédures sur l'ensemble de la région.

Actions à mener :

Mieux informer les professionnel.le.s sur les conditions de réalisation des IVG : actualisation et rappel des protocoles, suite notamment aux avancées inscrites dans la loi de modernisation du système de santé.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA Relai URPS, conseils de l'ordre des médecins et ordre des sages-femmes	protocoles rédigés nombre de professionnel.le.s informé.e.s	urgence (action en cours débutée par le RPNA EN 2018)

Faciliter l'accueil dans les établissements :

- Améliorer l'accueil téléphonique et la mise en place de ligne téléphonique dédiée²²
- Disposer de temps de personnel de secrétariat formé à l'accueil et à l'orientation des demandes d'IVG. Ces personnels seront en priorité positionnés sur la ligne téléphonique dédiée.
- Prévoir, autant que possible, un accès, des locaux et du personnel dédiés à l'IVG dans les établissements
- Augmenter les plages de blocs opératoires dédiées
- Augmenter les plages de consultations dédiées
- Renforcer les équipes d'orthogénie par des médecins généralistes et des sages-femmes permettant d'assurer un premier recours à l'IVG et réduire les délais d'accès
- Engager une démarche pour faciliter l'accès à l'interprétariat pour les professionnels
- Prévoir un point de situation par territoire en juin de chaque année, par les délégations départementales de l'ARS

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS	Enquête auprès des établissements pour évaluer cette action	urgence pour les plages de blocs opératoires
		priorité modérée à court terme pour toutes les autres mesures

Proposer une carte des lieux où il est possible de réaliser des entretiens psychosociaux en Nouvelle-Aquitaine et par qui (assistante sociale, conseiller.ère conjugal.e et familial.e, psychologue, voire sage-femme si il.elle est formé.e)²³. En effet, même avec un accueil téléphonique performant et de qualité, il est toujours possible de recourir à un entretien présentiel pour la médiation en santé et l'approche psychosociale.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA PF	Cartographie réalisée http://tonplanatoi.fr/	programmée

²² PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE JUSQU'À 14 SEMAINES, HAS (ex-ANAES), Service des recommandations et références professionnelles , mars 2001 / modifications en décembre 2010

²³ Article L2212-4 du Code de Santé Publique

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687528&dateTexte=&categorieLien=cid>

Améliorer l'accès à la datation de début de grossesse, en renforçant le maillage des échographistes. Diffuser la liste des sages-femmes et médecins ayant une formation en échographie en Nouvelle-Aquitaine et acceptant de recevoir les femmes en urgence dans ce contexte.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS Ordre des médecins et ordre des sages-femmes	cartographie régionale des échographistes	programmée

Créer une coordination ville-hôpital formalisant les engagements réciproques entre chaque centre d'orthogénie et les professionnel.le.s conventionné.e.s avec ce centre. Un outil commun (dossier de conventionnement, fiche de liaison, circuit de prise en charge des complications, bilan d'activité) à la Nouvelle-Aquitaine est attendu.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA	A minima, une réunion annuelle par centre qui permettra de colliger les données et de faire un retour au RPNA et à l'ARS.	programmée

Développer l'offre de formation :

- pour les professionnel.le.s pratiquant l'IVG, en mobilisant davantage les chefs de service de gynécologie-obstétrique, sur les gestes à accomplir et à maîtriser pour les IVG chirurgicales sous anesthésies locale et générale ;
- pour les professionnel.le.s réalisant les échographies de datation;
- pour les futur.es professionnel.le.s afin de les sensibiliser aux enjeux de santé publique en termes de pratiques et d'accès à l'IVG;
- pour les personnes qui accompagnent les patientes (radiologues, secrétaires...).

Il conviendra de prendre en compte les spécificités locales dans la définition des modules et le recrutement des intervenants.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA	nombre de professionnel.le.s formé.e.s	priorité modérée à court terme

Donner suite aux fiches de renseignement d'évènements indésirables (REI). Étendre la fiche d'évènement indésirable à l'accès à l'IVG à la Nouvelle-Aquitaine et permettre sa production en ligne sur le site internet de l'ARS NA.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS	nombre de fiches REI traitées	urgence

Améliorer la prise en charge de la douleur		
Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA	PHRC douleur multicentrique national, multi-sites (promoteur APHM)	priorité modérée à court terme

3. Diversifier l'offre : en particulier l'offre d'IVG médicamenteuse en ville (conventionnement, formation...)

Actions à mener :

Suivre le taux de réalisation d'IVG des établissements publics et privés de santé ayant un service de gynécologie-obstétrique, en particulier lors des dialogues de gestion annuels. Ce taux ne pourra pas se situer en dessous de 5% du nombre d'accouchements. Ceci afin d'assurer une offre diversifiée sur l'ensemble du territoire et réduire le phénomène observé de concentration des IVG sur quelques établissements seulement.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS délégations départementales et siège	Taux de réalisation d'IVG	urgence

Développer l'IVG médicamenteuse en ville sur l'ensemble du territoire Nouvelle-Aquitaine pour lutter contre la centralisation des IVG en ES.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS, Assurance Maladie, relai URPS RPNA	nombre de praticien.ne.s conventionné.e.s	priorité modérée à court terme

Organiser la discussion avec l'Assurance Maladie sur la réalisation des IVG médicamenteuses en ES mais "hors murs"

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS, Assurance Maladie	accord éventuel Assurance Maladie	programmée

Développer la formation validante à l'IVG médicamenteuse en ville :

Faciliter l'accès à la formation : prévoir une cellule de coordination/formation des professionnel.le.s libéraux.ales sur l'IVG médicamenteuse en ville.

Diffuser l'offre de formation en particulier pour les médecins.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS, RPNA Relai URPS, conseils de l'ordre des médecins et de l'ordre des sages-femmes	nombre inscriptions et nombre demande de conventionnement	urgence (<i>action RPNA en cours mars 2019</i>)

Favoriser l'implication des centres de radiologie via la signature d'une charte éthique.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA	nombre de signatures	programmée

Identifier les freins au développement des conventions pour l'IVG médicamenteuse en ville (lutte contre l'isolement, clause de conscience, gestion de la complication, disponibilité, procédure d'urgence, etc), via un questionnaire auprès de praticien.ne.s libéraux.ales.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
enquête RPNA	analyse qualitative des données	programmée

Comprendre la non observance de la visite de contrôle post IVG médicamenteuse et identifier les freins et les motifs d'absence à cette visite obligatoire.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA	étude (accompagnement de thèses et de mémoires)	programmée

Réaliser un état des lieux de l'accès à l'entretien psychosocial :

- **obligatoire pour les femmes mineures**
- **proposé à toutes les femmes majeures sur le territoire**

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
Planning Familial	listing CCF, CPEF, services sociaux	programmée

Expertiser la faisabilité de réaliser des IVG instrumentales sous anesthésie locale en centres de santé²⁴.		
Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA	Identification personnes ressources	programmée

4. Porter une attention accrue aux femmes en situation particulière (vulnérabilité, précarité, femmes étrangères, mineures)

Actions à mener :

Vulgariser la procédure d'accueil administrative pour les migrantes		
Diffuser la fiche de facturation simplifiée en soins d'urgence		
Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA avec l'appui des CHU CACIS RPNA / ARS / Assurance Maladie	procédure d'accueil adaptée	urgence

Améliorer la diffusion de l'information dans les territoires, notamment auprès des acteurs extérieurs au champ de l'IVG. Pour cela, il conviendra de s'appuyer sur les outils existants (exemple PASS mobile: plateforme santé vulnérabilité en Gironde), lieux ressource, réseaux locaux ... et renforcer les rencontres de territoire.		
Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA DRDFE	nombre de rencontres de territoire	priorité modérée à court terme

Mutualiser les outils existants de traduction et de simplification (fiches avec pictogrammes par exemple ou fiches traduites en plusieurs langues).		
Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA avec l'appui des associations et services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) reconnus pour leur mobilisation sur la parentalité des personnes déficientes intellectuelles	nombre d'outils adaptés réalisés et mis à disposition via le RPNA	programmée

²⁴ Cahiers des charges pour la réalisation des IVG par méthode instrumentale: hors établissements de santé et dans les centres de santé https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2062049/fr/cahiers-des-charges-pour-la-realisation-des-ivg-par-methode-instrumentale-hors-etablissements-de-sante-et-dans-les-centres-de-sante

Proposer du temps de sage-femme et de médecin généraliste dans le cadre des PASS mobiles et dans les CADA ou les associations accueillant ces femmes. Améliorer la formation de ces professionnels sur le volet administratif.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS	nombre de médecins et sages-femmes présents dans les PASS mobiles	urgence

Assurer l'accès à l'IVG pour les femmes en situation de vulnérabilité : sans droits ouverts ou en situation de grande précarité.

Rappeler l'existence du dispositif "soins urgents".

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS Assurance Maladie	procédures administratives simples et rapides (imprimé unique)	urgence

Améliorer l'anonymat des femmes (c'est l'un des objectifs de la Stratégie nationale de santé sexuelle) : proposer un numéro de sécurité sociale anonymisé pour les femmes majeures comme il existe pour les mineures.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS Assurance Maladie	nombre de n°Sécurité Sociale anonymisés créés	programmée

Améliorer le transport des femmes mineures en demande d'IVG sur le territoire

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
ARS Conseils départementaux	Nombre de transports effectués dans ce cadre	priorité modérée à court terme

Améliorer la formation des professionnel.le.s pratiquant l'IVG ou accueillant ces femmes en situation particulière, notamment en les sensibilisant aux spécificités et complexités de leurs contextes de vie (exil, prostitution, violences, fragilités psychiques...).

Pour cela, il conviendra de rendre les informations plus compréhensibles pour les femmes lorsqu'elles ont des difficultés à les comprendre.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA avec l'appui des PMI et des associations (La CASE, Médecins du Monde, ...)	questionnaire de satisfaction nombre de professionnel.le.s formé.e.s	programmée

5. Mieux gérer les situations d'urgence (femmes au terme avancé, périodes estivales)

Il existe une grande variabilité des causes d'urgences selon les départements. Il s'agit le plus souvent de demandes tardives (12/14 SA), mais également d'échec de l'IVG médicamenteuse (on parle alors de « femmes ballotées »), et plus rarement d'IVG « post-échographie ». Il est à rappeler que la détermination du sexe de l'enfant à naître ne doit pas faire partie de l'échographie de datation en cas de demande d'IVG.

Lors des périodes de l'année pendant lesquelles les situations d'accès sont les plus à risque en raison de la diminution temporaire des effectifs ou lors du rebond activité après ces périodes, la mobilisation de tous et le dialogue avec l'ARS permettent néanmoins d'assurer une continuité des prises en charge.

Dans ces situations d'urgence, il convient de diffuser des procédures de prise en charge spécifiques, d'améliorer le suivi des personnes afin de diminuer au maximum les termes dépassés, favoriser le déploiement de l'IVG médicamenteuse en ville, et mieux former les professionnel.le.s qui accueillent et orientent les femmes.

La gestion efficace des situations d'urgence doit pouvoir s'appuyer sur un réseau territorial connu et une communication individuelle et collective entre les différents acteurs concernés (ARS, réseau périnat, éducation nationale, associations, établissements de santé et centres IVG...).

Actions à mener :

Rédiger une procédure d'accès à l'IVG en période estivale, à l'échelle de la région.		
Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA relai ARS	Procédure rédigée	urgence

Rédiger une procédure régionale d'urgence pour la prise en charge des demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 SA à l'échelle de la région.		
Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
RPNA	% de prise en charge tardive Procédure rédigée Nombre d'EI liés à la prise en charge des demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 SG	urgence

Améliorer l'organisation interne des structures de prise en charge des IVG en élaborant un logigramme propre à chaque structure, et incluant un tableau de suivi de l'activité (flux des demandes par rapport au nombre de consultations programmées) par le secrétariat, pour éventuellement débloquer des créneaux.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
Une structure pilote pourrait proposer un logigramme à tester puis à partager avec les autres structures de la région Coordination RPNA	Logigramme mis à disposition	priorité modérée à court terme

Mettre en place un calendrier prévisionnel commun entre les différentes structures pratiquant l'IVG, pour repérer les périodes de tensions accrues (dues aux congés estivaux notamment), diffusé au 1er juin de chaque année et transmis à l'ARS.

Pilote	Indicateur de suivi	Priorité d'actions
Une structure pilote pourrait proposer un calendrier à tester puis à partager avec les autres structures de la région. Coordination RPNA	Calendrier prévisionnel mis à disposition	urgence

VI. EVALUATION

Une enquête spécifique auprès des établissements de santé devra être réalisée par le Réseau périnatal Nouvelle-Aquitaine comprenant le suivi annuel des indicateurs. Cette enquête pourra être adaptée aux autres structures pratiquant l'IVG ainsi qu'aux professionnels libéraux conventionnés et pratiquant l'IVG médicamenteuse en ville.

De plus, une évaluation conjointe ARS - Réseau périnatal Nouvelle-Aquitaine de la mise en œuvre du programme d'accès à l'IVG sera programmée, avec la participation des pilotes des actions, pour un rendu d'ici fin 2021.

VII. REMERCIEMENTS

L'ARS Nouvelle-Aquitaine souhaite remercier l'ensemble des participants à l'enquête réalisée par le réseau périnatal Nouvelle-Aquitaine ainsi que leur présence aux ateliers d'échanges et de réflexion qui ont eu lieu en 2018. La mobilisation des professionnels engagés sur cette thématique a permis d'aboutir à ce programme d'actions concrètes et collectives pour l'accès à l'IVG en Nouvelle-Aquitaine.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine souhaite tout particulièrement remercier les membres du réseau périnatal Nouvelle-Aquitaine, Madame Marjorie Agen et le Docteur Nathalie Raé, pour leur investissement, leur motivation et leurs compétences dans ce domaine.

VIII. ANNEXES

1. Liste des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH: Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CACIS : Centre d'Accueil Consultation Information Sexualité
CADA : Commission d'accès aux Documents Administratifs
CH : Centre Hospitalier
CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse
CS : Centre de Santé
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPP : Centre Périnatal de Proximité
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DCIR : Datamart de Consommation Inter Régime
DRDFE : Direction Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité
DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ES : Etablissement de Santé
ETP : Equivalent Temps Plein
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GO : Gynécologues-Obstétriciens
HAS : Haute Autorité de Santé
MG : Médecins Généralistes
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
NA : Nouvelle-Aquitaine
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PF : Planning Familial (ex MFPPF)
PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
REVHO : Réseau Entre Ville et Hôpital pour l'Orthogénie
RPNA : Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine
SA : Semaine d'Aménorrhée
SAE : Statistique Annuelle des Établissements de santé
SF : Sage-Femme
SG : Semaine de Grossesse
SNDS : Système Nationale des Données de Santé
URPS : Union Régionale des professionnel.le.s de Santé

2. Tableau des actions du programmes régional d'accès à l'IVG

N°	Intitulé	Pilotes	Indicateurs	Priorité
1.1	Relancer une campagne régionale pour faire connaître le N° Azur « Sexualité, contraception, IVG». Promouvoir aussi cette ligne téléphonique auprès des professionnel.le.s de santé.	ARS RPNA PF	campagne web (nombre de relais via sites partenaires, réseaux sociaux...)	modérée à court terme
1.2	Proposer un annuaire régional sur l'accès à l'IVG	ARS RPNA PF URPS	Annuaire nb de structures informées	urgence
1.3	Rejoindre la carte interactive nationale, gérée par REVHO	ARS RPNA PF	date d'ouverture du site nb de visites	urgence
2.1	Mieux informer les professionnel.le.s sur les conditions de réalisation des IVG : actualisation et rappel des protocoles, suite notamment aux avancées inscrites dans la loi de modernisation du système de santé.	RPNA URPS conseils de l'ordre des médecins et ordre des sages-femmes	protocoles rédigés nombre de professionnel.le.s informé.e.s	urgence
2.2	Faciliter l'accueil dans les établissements	ARS	Enquête auprès des établissements	urgence modérée à court terme
2.3	Proposer une carte des lieux où il est possible de réaliser des entretiens psychosociaux en Nouvelle-Aquitaine et par qui (assistante sociale, conseiller.ère conjugal.e et familial.e, psychologue, voire sage-femme si il.elle est formé.e)	RPNA PF	cartographie réalisée	programmée
2.4	Améliorer l'accès à la datation de début de grossesse, en renforçant le maillage des échographistes.	ARS conseils de l'ordre des médecins et ordre des sages-femmes	cartographie régionale des échographistes	programmée
2.5	Créer une coordination ville-hôpital formalisant les engagements réciproques entre chaque centre d'orthogénie et les professionnel.le.s conventionné.e.s avec ce centre.	RPNA	A minima, une réunion annuelle par centre qui permettra de colliger les données et de faire un retour au RPNA et à l'ARS	programmée
2.6	Développer l'offre de formation	RPNA	nombre de professionnel.le.s formé.e.s	modérée à court terme
2.7	Donner suite aux fiches de renseignement d'évènements indésirables (REI).	RPNA	nombre de fiches REI traitées	urgence
2.8	Améliorer la prise en charge de la douleur	RPNA	PHRC douleur multicentrique national, multi-sites	modérée à court terme
3.1	Suivre le taux de réalisation d'IVG des établissements publics et privés de santé ayant un service de gynécologie-obstétrique, en particulier lors des dialogues de gestion annuels.	ARS	Taux de réalisation d'IVG	urgence
3.2	Développer l'IVG médicamenteuse en ville sur l'ensemble du territoire Nouvelle-Aquitaine pour lutter contre la centralisation des IVG en ES	ARS Assurance Maladie	nombre de praticien.ne.s conventionné.e.s	modérée à court terme
3.3	Organiser la discussion avec l'Assurance Maladie sur la réalisation des IVG médicamenteuses en ES mais "hors murs"	ARS Assurance Maladie URPS RPNA	accord éventuel Assurance Maladie	programmée

N°	Intitulé	Pilotes	Indicateurs	Priorité
3.4	Développer la formation validante à l'IVG médicamenteuse en ville	ARS RPNA URPS conseils de l'ordre des médecins et ordre des sages-femmes	nombre inscriptions et nombre demande de conventionnement	urgence
3.5	Favoriser l'implication des centres de radiologie via la signature d'une charte éthique	RPNA	nombre de signatures	programmée
3.6	Identifier les freins au développement des conventions pour l'IVG médicamenteuse en ville (lutte contre l'isolement, clause de conscience, gestion de la complication, disponibilité, procédure d'urgence, etc), via un questionnaire auprès de praticien.ne.s libéraux.ales	RPNA	analyse qualitative des données	programmée
3.7	Comprendre la non observance de la visite de contrôle post IVG médicamenteuse et identifier les freins et les motifs d'absence à cette visite obligatoire	RPNA	étude (accompagnement de thèses et de mémoires)	programmée
3.8	Réaliser un état des lieux de l'accès à l'entretien psychosocial	PF	listing CCF, CPEF, services sociaux	programmée
3.9	Expertiser la faisabilité de réaliser des IVG instrumentales sous anesthésie locale en centres de santé	RPNA	Identification personnes ressources	programmée
4.1	Vulgariser la procédure d'accueil administrative pour les migrantes Diffuser la fiche de facturation simplifiée en soins d'urgence	RPNA avec l'appui des CHU CACIS RPNA / ARS / Assurance Maladie	procédure d'accueil adaptée	urgence
4.2	Améliorer la diffusion de l'information dans les territoires, notamment auprès des acteurs extérieurs au champ de l'IVG	RPNA DRDFE	nombre de rencontres de territoire	modérée à court terme
4.3	Mutualiser les outils existants de traduction et de simplification	RPNA associations SAVS	nombre d'outils adaptés réalisés et mis à disposition via le RPNA	programmée
4.4	Proposer du temps de sage-femme et de médecin généraliste dans le cadre des PASS mobiles et dans les CADA ou les associations accueillant ces femmes. Améliorer la formation de ces professionnels sur le volet administratif	ARS	nombre de médecins et sages-femmes présents dans les PASS mobiles	urgence
4.5	Assurer l'accès à l'IVG pour les femmes en situation de vulnérabilité : sans droits ouverts ou en situation de grande précarité. Rappeler l'existence du dispositif "soins urgents".	ARS Assurance Maladie	procédures administratives simples et rapides (imprimé unique)	urgence
4.6	Améliorer l'anonymat des femmes (c'est l'un des objectifs de la Stratégie nationale de santé sexuelle) : proposer un numéro de sécurité sociale anonymisé pour les femmes majeures comme il existe pour les mineures	ARS Assurance Maladie	nombre de n°Sécurité Sociale anonymisés créés	programmée
4.7	Améliorer le transport des femmes mineures en demande d'IVG sur le territoire	ARS Conseils départementaux	Nombre de transports effectués dans ce cadre	modérée à court terme
4.8	Améliorer la formation des professionnel.le.s pratiquant l'IVG ou accueillant ces femmes en situation particulière, notamment en les sensibilisant aux spécificités et complexités de leurs contextes de vie (exil, prostitution, violences, fragilités psychiques...).	RPNA PMI associations	questionnaire de satisfaction nombre de professionnel.le.s formé.e.s	programmée
5.1	Rédiger une procédure d'accès à l'IVG en période estivale, à l'échelle de la région	RPNA ARS	Procédure rédigée	urgence

N°	Intitulé	Pilotes	Indicateurs	Priorité
5.2	Rédiger une procédure régionale d'urgence pour la prise en charge des demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 SA à l'échelle de la région	RPNA	Procédure rédigée % de prise en charge tardive Nombre d'EI liés à la prise en charge des demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 SG	urgence
5.3	Améliorer l'organisation interne des structures de prise en charge des IVG en élaborant un logigramme propre à chaque structure, et incluant un tableau de suivi de l'activité (flux des demandes par rapport au nombre de consultations programmées) par le secrétariat, pour éventuellement débloquer des créneaux.	Structure pilote RPNA	Logigramme mis à disposition	modérée à court terme
5.4	Mettre en place un calendrier prévisionnel commun entre les différentes structures pratiquant l'IVG, pour repérer les périodes de tensions accrues (dues aux congés estivaux notamment), diffusé au 1er juin de chaque année et transmis à l'ARS	Structure pilote RPNA	Calendrier prévisionnel mis à disposition	urgence

3. Liste des CIVG en Nouvelle-Aquitaine

	CIVG
16 CHARENTE	CH Angoulême
	CH Ruffec
	CH Cognac
	Centre Clinical Angoulême
17 CHARENTE MARITIME	CAPIO Clinique du Mail
	CH La Rochelle
	CH Rochefort
19 CORREZE	CH Ussel
	CIVG Clinique St Germain Brive
23 CREUSE	CH Guéret
24 DORDOGNE	CH Bergerac
	CH Sarlat
	Polyclinique Francheville
	CH Périgueux
33 GIRONDE	Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine
	CH Arcachon
	Polyclinique Bordeaux Rive droite
	Clinique de Lesparre
	Polyclinique Jean Villar
	CMC WALLERSTEIN
	CH Blaye
	CH Libourne
	CHU Bordeaux
	MSPB Bagatelle
	CH Langon
40 LANDES	Clinique des Landes
	CH Dax
	CH Mont de Marsan
47 LOT ET GARONNE	CH Agen
	CH Marmande
	CH Villeneuve sur Lot
	Clinique Esquirol Saint Hilaire
64 PYRENEES ATLANTIQUE	CH Saint-Palais
	CAPIO CLINIQUE BELHARRA
	CIVG CPEF CeGIDD Bayonne
	CIVG CPEF CH Oloron Sainte Marie
	CIVG CPEF CH Orthez
	CIVG CPEF CH Pau
	POLYCLINIQUE DE NAVARRE 64075
	Polyclinique Côte Basque Sud
	POLYCLINIQUE D'AGUILERA
	POLYCLINIQUE MARZET 64000 Pau
79 DEUX SEVRES	CIVG CPEF CH Niort

	Polyclinique Inkermann
	CH Bressuire
86 VIENNE	Polyclinique de Poitiers
	CHU Poitiers
	CIVG Chatellerault CH Nord Vienne
87 HAUTE VIENNE	CIVG Clinique des Emailleurs Limoges
	CHU Limoges
	CH Saint Junien

4. Liste des CPEF en Nouvelle-Aquitaine

	CPEF
16 CHARENTE	CPEF Angoulême
	CPEF CeGIDD Barbezieux
	CPEF Chasseneuil
	CPEF MDS Cognac
	CPEF Confolens
17 CHARENTE MARITIME	CPEF CDAG CH St Jean d'Angely
	CPEF La Rochelle
	CPEF CeGIDD CH Saintes
	CPEF CH Jonzac
	CPEF Rochefort
	CPEF Royan
	CPEF Surgères
	CPP CDAG CH Royan
19 CORREZE	CPEF CH Brive
	CPEF CeGIDD CH Tulle
23 CREUSE	CPEF Aubusson
	CPEF Bourgneuf
	CPEF La Souterraine
	CPEF Guéret
24 DORDOGNE	CPEF Bergerac
	CPEF Sarlat
	CPEF Nontron
	CPEF Périgueux 24016
33 GIRONDE	CPEF CeGIDD Bordeaux Maison Départementale de Solidarité
	CACIS Bordeaux
	CPEF Arcachon
	CPEF de Bordeaux Bastide
	CPEF Blanquefort 33290
	CPEF CHU Bordeaux 33076
	CPEF Bordeaux Gallieni
	CPEF Castelnau de Médoc
	CPEF Castillon la Bataille
	SIUMPPS étudiants Pessac
	CPEF La Réole
	CPEF La Teste
	CPEF Lesparre Médoc
	CPEF Pauillac
	CPEF St André de Cubzac
	CPEF Ste Foy La Grande
LA CASE Association Bordeaux	
40 LANDES	CPEF Aire sur Adour
	CPEF Hagetmau
	CPEF Mont de Marsan
	CPEF Morcenx 40110

	CPEF Parentis en Born
	CPEF Saint Vincent de Tyrosse
47 LOT ET GARONNE	CPEF Agen
	CPEF de Nérac
	CPEF Fumel
	CPEF Marmande
	CPEF Villeneuve sur Lot
64 PYRENEES ATLANTIQUE	CPEF Coarraze
	Planning Familial de Pau
	CPEF Mauléon
	CPEF CH Bayonne
	CPEF St Jean de Luz
	Service de médecine préventive universitaire de Pau
79 DEUX SEVRES	L'Agora.MDA Niort
	CPEF Bressuire AMS
	CPEF Bressuire MDA Nord
	CPEF Melle
	CPEF Niort AMS Nord
	CPEF Niort AMS Sud
	CPEF Niort MDA Agora
	CPEF Parthenay
	CPEF Saint Maixent
	CPEF Thouars
	CPEF Thouars CH Nord-Deux-Sèvres
86 VIENNE	CPEF CeGIDD CH Loudun
	Maison Départementale de Solidarité Châtelleraut
	CPEF CDAG Poitiers SUMPSS Campus
	CPEF-Chu POITIERS
	CPEF Chauvigny
	CPEF Civray
	CPEF Fontaine Le Comte
	CPEF Jaunay Clan
	CPEF Montmorillon Maison Départementale de Solidarité
	CPEF PMI Loudun Maison Départementale de Solidarité
	CPEF Poitiers 14 juillet
	CPEF Poitiers AMS Edith Piaf
	CPEF Poitiers AMS Emile Roux
	CPEF Poitiers Fief de Grimoire
	CPEF Poitiers Maison Départementale de Solidarité
	CPEF Poitiers Piquetterie
87 HAUTE VIENNE	CPEF CH Saint Junien
	CD 87 - Consultation de planification des Carnes
	CPEF CH Saint Yrieix

5. Liste des EICCF en Nouvelle-Aquitaine

	EICCF
16 - CHARENTE	Planning Familial 16
17 - CHARENTE MARITIME	EPE - Ecole des Parents et des Educateurs
19 - CORREZE	Planning Familial 19
24 - DORDOGNE	EPE - Ecole des Parents et des Educateurs du Périgord
24 - DORDOGNE	Planning Familial 24
33 - GIRONDE	Planning Familial 33
33 - GIRONDE	AFCCC - Association Française des Centres de consultation conjugale Aquitaine
33 - GIRONDE	Familles en Gironde
33 - GIRONDE	CACIS - planification et éducation familiale associatif
40 - LANDES	Association Couples et Familles des Landes
47 - LOT ET GARONNE	Planning Familial 47
64 - PYRENEES ATLANTIQUES	Planning Familial 64
64 - PYRENEES ATLANTIQUES	Couples et Familles
64 - PYRENEES ATLANTIQUES	Association des usagers de la Pépinière
79 - DEUX SEVRES	Planning Familial 79
86 - VIENNE	Planning Familial 86
86 - VIENNE	AFCCC Association Française des Centres de Consultation Conjugale Poitou

6. Liste des CeGIDD en Nouvelle-Aquitaine

Département	Commune	Adresse
16-Charente	ANGOULÊME (site principal)	Centre hospitalier d'Angoulême Rond-point de Girac CS 55015 Saint-Michel 16959 Angoulême Cedex 9
	COGNAC (antenne)	Centre Hospitalier Intercommunal du Pays de Cognac 65 avenue d'Angoulême CS 50264 Chateaubernard 16112 Cognac Cedex
	RUFFEC (antenne)	Centre Hospitalier 15 rue de l'hôpital 16700 Ruffec
	BARBEZIEUX (antenne)	Centre hospitalier des hôpitaux du Sud Charente route de Saint bonnet BP 50031 16300 Barbezieux Saint Hilaire
	CONFOLENS (antenne)	Centre hospitalier rue de l'hôpital 16500 Confolens
	ANGOULÊME (maison d'arrêt)	Maison d'arrêt d'Angoulême Unité sanitaire 112 rue Saint Roch BP 1358 16016 Angoulême Cedex
17-Charente-Maritime	LA ROCHELLE (site principal territoire de santé Nord)	Groupe hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis Boulevard Joffre 17000 LA ROCHELLE (à droite de l'entrée des Urgences, 1er étage)
	ROCHEFORT (en cours de fusion avec La Rochelle)	Centre Hospitalier de Rochefort 1 avenue de Bélignon 17300 Rochefort
	SAINTEs (site principal territoire de santé Sud)	Centre Hospitalier de Saintonge 11 boulevard Ambroise Paré 17108 Saintes
	ROYAN (antenne territoire de santé Sud)	Centre Hospitalier de Royan 20 avenue de Saint Sordelin 17640 Vaux sur Mer
	JONZAC (antenne territoire de santé Sud)	Centre Hospitalier de Jonzac 4 avenue Winston Churchill 17500 Jonzac
	SAINT JEAN D'ANGELY (antenne territoire de santé Sud)	Centre Hospitalier de Saint-Jean d'Angély 18 avenue du Port 17400 Saint-Jean d'Angély
19-Corrèze	Brive (Site principal)	Centre Hospitalier de Brive 1 boulevard du Docteur Verlhac 19100 Brive
	Tulle (Antenne)	Centre Hospitalier Cœur de Corrèze 3 place du Docteur Maschat 19000 Tulle

	Ussel (Antenne)	Centre Hospitalier de Haute Corrèze 2 avenue du Docteur Roulet 19200 Ussel
23-Creuse	Guéret	Centre Hospitalier de Guéret 39 avenue de la Sénatorerie 23000 Guéret
24-Dordogne	Périgueux (site principal)	Centre Hospitalier de Périgueux 80 avenue Georges Pompidou 24019 Périgueux Cedex
	Bergerac (antenne)	Centre Hospitalier de Bergerac 9 avenue Professeur Calmette 24100 Bergerac
33-Gironde	Bordeaux (site principal)	Maison Départementale de la Santé 2 rue du Moulin Rouge 33200 Bordeaux Caudéran
	Libourne (antenne)	Centre Hospitalier de libourne 112 rue de la Marne BP 199 33505 Libourne Cedex
40-Landes	Dax	Centre Hospitalier de Dax-Côte d'Argent 4 bis rue Labadie 40100 Dax
	Mont-de-Marsan	Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan 4 allée Raymond Farbos 40000 Mont de Marsan
47-Lot-et-Garonne	Agen	Centre Hospitalier Agen Nérac Route de Villeneuve 47000 Agen
	Marmande	Centre Hospitalier Intercommunal Marmande Tonneins 76 Rue du Dr Courret 47200 Marmande
	Villeneuve-sur-Lot	Pôle de Santé du Villeneuvois Route de Fumel Lieu-dit Brignol Romas 47300 Villeneuve sur Lot
64-Pyrénées-Atlantiques	Pau (site principal territoire de santé Béarn-Soule)	Planning Familial Complexe de la République 64000 Pau
	Bayonne (site principal territoire de santé Navarre-Côte basque)	Centre Hospitalier de la Côte Basque 13 avenue de l'Interne Jacques Loëb 64100 Bayonne
79-Deux-Sèvres	Niort	Centre Hospitalier 40 Avenue Charles de Gaulle 79000 Niort
	Bressuire (antenne)	17 rue de l'Hôpital 79300 Bressuire
86-Vienne	Poitiers (site principal)	CHU de Poitiers, 2 rue de la Milétrie, 86021 Poitiers

	Poitiers (antenne)	Relais Georges Charbonnier, 14 rue du Mouton, 86000 Poitiers
	Montmorillon (antenne)	CH de Montmorillon, 2 Rue Henri Dunant, 86500 Montmorillon
	Loudun (antenne)	CH de Loudun, 3 rue des Visitandines, 86206 Loudun
	Châtelleraut (antenne)	CH Châtelleraut, Rue du Dc Luc Montagnier, 86106 Châtelleraut
87-Haute-Vienne	Limoges	CHU de Limoges 2 av Martin Luther King 87042 Limoges Cedex

7. Textes de référence

[Code de la santé publique : articles L2212-1 à L2212-11](#)

Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse

[Code de la santé publique : articles R2212-1 à R2212-3](#)

Consultation précédant l'interruption volontaire de grossesse

[Code de la santé publique : articles R2212-4 à R2212-7](#)

Pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé

[Code de la santé publique : articles R2212-9 à R2212-19](#)

Conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé

[Code de la sécurité sociale : articles R160-5 à R160-20](#)

Montant de la participation de l'assuré (article R322-9)

[Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse](#)

[Code de la santé publique : article L2223-2](#)

Délit d'entrave à l'IVG

« 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 », Études et Résultats, n°1081, Drees, septembre 2018 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>

8. Liste des illustrations

Carte 1 : part des IVG réalisées entre 12 et 14 SA – Etudes et Résultats DREES - septembre 2018, n°1081

Figures 1 à 3 et tableau 1 : Statistiques IVG de 2013 à 2017 sur les données hospitalières et en ville

Source : PMSI (bases ATIH) - DCIR (SNDS) – INSEE :

- IVG médicamenteuses réalisées en ville (données exercice libéral ou Centres de Santé / CPEF / PMI) : Recherche de la prestation 3329 - Forfait médicament de ville (IVG)
- IVG réalisées en établissements de santé : Séjours classés dans le GHM 14Z08Z
- Données populationnelles : Populations estimées 2016 et 2017 (INSEE)

Figures 4 à 5 et tableaux 2 à 7: enquête du Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine « Etat des lieux de l'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) en Nouvelle Aquitaine en 2018 »