

L'édito

IVG en 2016 : de nouvelles mesures mais un statut d'exception

Adoptée au Sénat le 6 octobre 2015, votée en seconde lecture par les députés le 17 octobre 2015, la loi Santé portée par Marisol Touraine, promulguée le 26 janvier 2016 apporte des avancées sur l'IVG.

Aurait elle aller plus loin?

La suppression du délai de réflexion entre les deux rendez-vous médicaux conditionnant l'accès à l'IVG a fait l'objet d'un recours par le parti des Républicains en Conseil d'Etat. Celui-ci a approuvé cette suppression. Mais, un délai de réflexion de deux jours s'impose encore après un entretien psychosocial, donc dans deux situations : pour les mineures non émancipées et les majeures qui le demandent. La loi ne devrait pas donner de délai de réflexion et la femme doit rester seule juge du délai nécessaire à son propre choix.

L'autorisation de pratiquer les IVG par aspiration (instrumentales) en centre de santé et non plus seulement par

voie médicamenteuse attend l'avis de l'HAS qui doit déterminer les conditions de leur réalisation hors établissement de santé (terme de grossesse, critères d'exclusion, environnement technique).

Mais quid de la pratique en CPEF ? Grands absents de cette Loi même dans le chapitre de la Prévention.

L'élargissement des compétences des sages-femmes aux IVG médicamenteuses.

Mais quid de leurs compétences pour les IVG instrumentales ?

Pourtant, les conséquences de la loi Hôpital Patients Santé Territoires continuent : les restructurations des hôpitaux se poursuivent augmentant les inégalités territoriales et les délais d'attente. En effet, malgré l'obligation législative (circulaire DGOS/R3/DGS/MC1/2015/245 du 23 juillet 2015), l'engagement des ARS sur l'amélioration de l'accès à l'IVG reste inégal.

Les premiers résultats de l'enquête nationale lancée sur "ivg.planning-familial.org" depuis avril 2014 le confirme. Plus de la moitié des femmes n'ont pas eu le choix de la méthode ou n'ont pas vu leur choix respecté. Le manque d'écoute et de respect de la personne est flagrant. L'anonymat et la confidentialité pour les mineures comme les majeures sont trop souvent non respectés.

Quid des formations durant les études médicales, paramédicales et ainsi que celle du personnel d'accueil et administratif et service social ?

Quid du statut des médecins non hospitaliers venant réaliser les IVG par journée ou demi journée par semaine?

Mais surtout quid de la clause de conscience ? ■

Le sommaire

Edito

Page 2

- Le numéro vert national
- La clause de conscience
- Les délais d'avortement

Page 3

- Les sages-femmes et les aspirations
- Les IMG pour raisons maternelles

Page 4

- Améliorer l'accès à l'avortement pour toutes les femmes
- Nouvelles tarifications de l'IVG

0 800 08 11 11, sexualités, contraception, IVG, le numéro vert

La plate-forme nationale

En septembre 2013, le ministère aux Droits des Femmes et à l'Égalité a lancé le site www.ivg.gouv.fr pour lutter contre la désinformation des sites anti choix.

Le 28 septembre 2015, journée mondiale du droit à l'avortement, en présentant son plan IVG dans le cadre de la loi de santé, Madame Touraine a annoncé le lancement du Numéro Vert «Sexualités-Contraception-IVG».

Début 2016, c'était déjà 6000 appels traité en 3 mois, jusqu'à 137 appels par jour et 60% d'appels grâce à internet.

Pour le Planning Familial, porteur du projet, il s'agit de proposer une écoute personnalisée anonyme, gratuite et de qualité pour aboutir à un égal accès aux droits sexuels et lieux ressources. L'accès à une information claire, précise et objective étant centrale pour permettre aux personnes faire leur choix. ■



La clause de conscience

Pourquoi la loi de 1975 et celle de 2001 ont-elles été créées et maintenu une clause de conscience pour l'IVG ? Est-ce pour maintenir cet acte dans une spécificité stigmatisée ?

En effet, la clause de conscience des professionnel-le-s de santé leur reconnaît, en France, le droit de refuser la réalisation de tout acte médical pourtant autorisé par la loi. Le ou la professionnel-le peut estimer contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques (article 47 du code de déontologie médicale) hors le cas d'urgence et celui où il.elle manquerait à ses devoirs d'humanité.

Si il.elle se dégage de sa mission, il.elle doit en avertir la patiente et transmettre au médecin désigné-e par celle-ci les informations utiles à la poursuite des soins. Il.elle ne doit jamais se départir d'une attitude respectueuse et attentive envers la personne examinée. L'article 7 de ce même code interdit toute discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Pourtant, la clause de conscience a récemment fait l'objet de débat à plusieurs occasions à l'Assemblée Nationale et au Sénat. En février 2015, un débat a abouti au maintien d'une clause de conscience spécifique à l'IVG alors qu'en mars 2015, le débat sur le projet de loi sur la fin de vie s'est conclu par le refus d'en créer une.

Pourquoi deux poids deux mesures en matière d'éthique ?

Est-ce parce qu'il s'agit d'un acte demandé uniquement par les femmes ?

Est-ce notre héritage d'une France ou d'Europe chrétienne ?

Pourquoi les parlementaires ont-ils validés la clause de conscience sur les actes médicaux, suffisante dans le cadre de la fin de vie, mais insuffisante dans le cadre de l'IVG ?

Posons la question à nos parlementaires ■

Les délais d'avortement

Le Planning milite depuis toujours pour la suppression de la notion d'âge gestationnel à l'avortement dans la loi. En effet, tous les ans entre 3000 et 6000 femmes vivant en France se rendent à l'étranger pour avorter. Le Planning Familial se bat pour que toute femme décidant d'interrompre une grossesse non prévue ou non désirée puisse le faire en France.

Ces délais n'ont pas été remis en débat depuis 2001 où les délais avaient été rallongés de 10 à 12 semaines de grossesse. Relançons le débat !

Plusieurs stratégies sont possibles :

- Obtenir le vocable IVG jusqu'à 22 semaines de grossesse, permettant l'harmonisation sur les pays les plus progressistes en Europe ?
- Se battre sur les raisons maternelles dont la prise en compte des raisons psycho-médico-sociales pour les IMG ?
- Demander le remboursement de l'IVG à l'étranger après 12 semaines de grossesse ?

Sans cesser de revendiquer la suppression des délais dans la loi...■

Les sages-femmes et les aspirations

Et pourquoi les sages-femmes françaises ne pourraient pratiquer que les IVG médicamenteuses ?

Un non sens à l'heure du choix enfin reconnu des femmes (suppression de la situation de détresse, été 2014)... Les sages-femmes devraient pouvoir réaliser AUSSI les aspirations instrumentales en cas d'IVG, pour toutes les femmes en bonne santé.

Mais sont-elles capables ? Bien sûr ! C'est reconnu INTERNATIONALEMENT ! En effet, l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** a publié un rapport en juillet 2015 sur le rôle des professionnels de santé dans l'avortement sécurisé et la contraception post-avortement.

Les sages-femmes, les soignant-e-s seraient CAPABLES, sous réserve d'une formation initiale et continue adaptée, de pratiquer les aspirations instrumentales jusqu'à 14 SA.

Depuis des années, la formation initiale des sages-femmes comporte davantage d'heures consacrées à la régulation des naissances que celle des médecins.

Facilitons la formation initiale et continue de tous-tes les professionnels-le-s de santé en orthogénie ?

- Dans la réalité : les sages-femmes participent depuis longtemps à l'activité IVG des établissements de santé, bien souvent sous la délégation des médecins, plus ou moins officielles. En 2007, la DREES avait réalisé une enquête sur "Les établissements et les professionnels réalisant des IVG" et démontrait qu'une part importante des professionnels-le-s orthogénistes étaient des sages-femmes.

- En regard de la législation actuelle, les sages-femmes ont pour compétence le suivi gynécologique de prévention, contraception pour toutes les femmes en bonne santé tout au long de leur vie, participation à l'IVG, possibilité de travailler en CPEF, dépistage IST des femmes, éducation à la vie sexuelle et affective, entretien pré et post IVG...

- Selon la Loi Santé adoptée en décembre 2015 : les sages-femmes peuvent réaliser les IVG médicamenteuses.

Alors les sages-femmes, une réponse à la démographie médicale en baisse ? En partie seulement...

Peu nombreuses mais de mieux en mieux réparties sur les territoires, et proposant une offre de soins de proximité plus connue.

Depuis 2012, un avenant signé entre les syndicats de sages-femmes et la Caisse Nationale d'assurance maladie définit des zones d'installation, en fonction du nombre de naissances dans les bassins de vie, peut être bientôt en fonction du nombre de femmes en âge de procréer. Un maillage qui ne peut être que bénéfique pour les femmes en matière d'accès aux soins en France.

Mais dans le décret, reste posée la question de la prescription pour les sages-femmes... (lex antalgiques). ■

Les Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) pour raisons maternelles

En France, nous sommes autorisé-e-s à interrompre une grossesse pour raisons médicales «à toute époque» (Art L2213-1 du CSP). Comment cela se passe-t-il ? Les dossiers sont étudiés par les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal agréés :

Les raisons fœtales sont grandement majoritaires dans les IMG proposées, acceptées et réalisées.

Les raisons maternelles autres que les diagnostics de cancer en cours

de grossesse ou les très rares décompensations de maladies chroniques sont peu invoquées.

Les chiffres sont rares : le rapport de l'agence de biomédecine de 2012 montre qu'en 2012, 7134 IMG étaient proposées pour cause fœtale, et 272 pour cause maternelle.

Pourtant dans de nombreux pays européens (Allemagne, Belgique, Danemark, Finlande, Grèce, Lettonie, Pays Bas) les causes maternelles telles que le viol ou indica-

tions sociales sont prises en compte.

Nous demandons que les raisons médicales maternelles soient comprises au sens de la santé de l'OMS et non pas réduites aux seules pathologies organiques. ■

Améliorer l'accès à l'avortement pour toutes les femmes

En France, malgré des avancées législatives, de criantes inégalités territoriales d'offre de soin perdurent dans des départements sinistrés comme la Seine-et-Marne ou le Loiret. Ces inégalités ont été aggravées depuis 2009 par la fermeture des Centre IVG (CIVG) dans le cadre de la loi Hôpital Patients Santé Territoires et la généralisation de la T2A (Tarification à l'activité).

En 10 ans, plus d'une centaine de CIVG ont fermé et d'autres sont menacés. Les restructurations et les regroupements d'établissements entraînent une réduction du nombre d'établissements pratiquant les IVG au nom de la rentabilité. En conséquence, d'autres CIVG ont augmenté leur activité sans moyens supplémentaires, entraînant de fait une augmentation du délai d'attente pour une IVG. La qualité d'accueil des femmes s'est donc aussi dégradée.

De plus, d'après une étude d'Annick Vilain de 2011*, parmi les IVG réalisées en établissement, seulement 44% des femmes affirment avoir eu le choix de la tech-

nique de l'IVG ! Diverses raisons sont évoquées comme des délais dépassés pour l'IVG médicamenteuse, un choix laissé au médecin, une méconnaissance des méthodes.

Pour répondre à la double problématique d'accès et de choix, les femmes doivent trouver une réponse à leur demande d'avortement dans une **structure de proximité** comme cela est recommandé par l'OMS dans les bonnes pratiques pour un avortement en toute sécurité : proximité, faible coût, plateau technique restreint, comme décrit dans notre plaquette commune avec nos partenaires de l'ANCIC et de la CADAC : « Quels CIVG nous voulons ».

L'autorisation de pratiquer les IVG instrumentales et les IVG médicamenteuses données aux centres de santé dans la nouvelle loi est une grande avancée. L'exemple existe déjà en Belgique où, d'après un rapport de la commission belge de 2012, 81% des IVG ont lieu dans des centres qui proposent ces méthodes et 87% d'entre elles sont des aspirations !

Le Planning familial souhaite que cette autorisation soit élargie à tous les CPEF.

Permettre que l'IVG soit un choix comme un autre dans la vie des femmes suppose de leur redonner le pouvoir. C'est pourquoi nous prôtons la **démédicalisation**.

La possibilité donnée aux sages-femmes de pratiquer les IVG est un pas dans ce sens.

Dans ce sens aussi, le Planning pratique l'accueil collectif offrant des espaces d'écoute, d'accueil et d'échanges entre femmes ayant des expériences d'IVG diverses. Cette mutualisation favorise la déculpabilisation, la destigmatisation et la légitimité de chacune dans l'exercice de son droit. ■

* Etudes et résultats DRESS juin 2015 n°0924

Nouvelles tarifications de l'IVG

Depuis le 31 mars 2013, le forfait IVG médicamenteuse et par aspiration est remboursé à 100%. Mais, à partir du 1er avril 2016, une prise en charge totale à 100% est appliquée. Cela concerne les consultations, les examens de laboratoires et les échographies (arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse).

La tarification par forfait n'a été gardée que pour les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif. Le Planning souhaite la sor-

tie définitive du forfait de l'acte IVG.

L'IVG est un acte médical comme un autre qui doit sortir d'une situation d'exception, que ce soit dans la pratique ou dans la tarification.

Quid de la revalorisation de l'acte en établissement de santé, pour que l'accès à l'IVG reste garanti dans les hôpitaux ?

Et pourquoi dans l'arrêté de la tarification, les médicaments sont-ils nommés par leur nom commercial et non par leur dénomination commune internationale (DCI) ?...■