

# Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

www.ancic.asso.fr



## L'ECHO DE L'ANCIC

Bulletin trimestriel d'information

N°5-Janvier2012

**Le comité de rédaction de l'Echo  
vous souhaite  
une très bonne année 2012**

**EDITO** p.1 et 2

**DOSSIER :** p.3 - 9

- « Luttés, dysfonctionnements, démantèlements, restructurations, difficultés des centres IVG »
- Témoignages
- Manifeste ANCIC-CADAC-PF
- « Il n'existe pas dans la médecine une réussite comparable »

**POINT DE VUE :** p.10  
« L'ANCIC et le militantisme »

**ACTUALITES** p.11 et 12  
Congrès de Vannes

**COURRIER DES LECTEURS** p.12

**DATES À RETENIR** p.12

### EDITORIAL

#### LES MENACES SUR L'IVG

**Les médecins sont toujours actuellement les seuls à pouvoir pratiquer des avortements.** Une particularité des « IVGistes » est qu'ils sont encore nombreux à être entrés dans les hôpitaux à la suite de la loi de 1975 pour l'appliquer, ce que refusaient la plupart des hospitaliers. Ceci fait que les postes obtenus de haute lutte au cours des ans pour développer cette activité se trouvent libérés en grande partie par le départ groupé à la retraite de leurs titulaires. Ceux-ci se trouvant dans des centres qu'on a appelé « autonomes », quel bon moyen de les faire disparaître ! Car il faut, à tout prix, faire cesser cette anomalie.

Déjà, en 1980, quand la loi est devenue définitive, certains chefs de service d'obstétrique ont décidé de reprendre cette activité et c'est le démantèlement du centre de Lyon entre autres. Mais c'est la loi de 2001 qui veut « faire entrer ces centres dans le droit commun des structures hospitalières » en les mettant obligatoirement sous la responsabilité des chefs de service d'obstétrique.

En fait, **les centres autonomes correspondaient exactement à la définition de l'unité fonctionnelle.** Ce n'était donc qu'un prétexte, une satisfaction du lobby des obstétriciens qui, ils l'ont montré en voulant très fort la disparition de la gynécologie médicale, veulent que rien ne leur échappe de ce qu'ils considèrent comme leur domaine réservé.

Grâce à cette loi on voit des opposants à l'avortement être responsables de cette activité on se doute avec quel zèle ! Mais, même s'ils sont favorables à ce **droit des femmes**, ils replacent l'IVG dans l'ensemble de leur service et, par exemple, par la mutualisation des moyens font éclater l'équipe de l'unité. Les IVG sont aussi utiles pour obtenir une unité de chirurgie ambulatoire car c'est une activité garantie pour démarrer cette structure quitte à s'en débarrasser ensuite quand elle est lancée.

#### Comité de rédaction :

Emmanuelle Lhomme (Secrétaire de rédaction)

Florence Baruch

Marie-Laure Bazile

Martine Chosson

Véronique Leralle

Claire de Truchis

#### Présidence de l'ANCIC :

Sophie Eyraud

Martine Hatchuel

Jean-Claude Magnier

**Mail : [contact@ancic.asso.fr](mailto:contact@ancic.asso.fr)**

L'exemple de Bicêtre est particulièrement éclairant. L'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital a été construite avec les IVG car, étant une activité typiquement d'ambulatoire, cela assurait un nombre d'actes alors que les autres disciplines devaient s'adapter à cette nouvelle prise en charge.

Aujourd'hui, cette activité est exclue de cette structure devenue performante car elle est moins rentable que « les cataractes » comme l'a dit la directrice. Le chef de service de la maternité souhaite une unité de chirurgie ambulatoire de gynéco et fait pression sur la directrice en incluant, dans son projet, les IVG. L'avenir du centre de Bicêtre est dans l'issue de ce bras de fer entre ces deux personnages, loin de la reconnaissance du travail de l'équipe et de l'intérêt des femmes qui le fréquentent.

Bien sûr, il y a aussi le contexte. La loi hôpital, patient, santé, territoire (HPST) en faisant du directeur le véritable « patron » de l'hôpital ayant pour mission première de **ramener le déficit à zéro exerce une pression économique particulière sur les IVG car le forfait qui les rémunère ne correspond qu'au tiers de ce qu'elles coûtent.**

Le statut des médecins pratiquant les avortements est aussi dépendant de cette situation budgétaire : moins on paiera les médecins moins on perdra, d'où **les contrats de praticiens attachés à une ou deux demi-journées (celles-ci étant d'une durée non définie)** sans congés payés, presque sans couverture sociale. Autre possibilité dans la loi HPST, les contrats de droit privé avec un objectif quantitatif : un médecin venant une fois par semaine pour aspirer quelques utérus sans lien avec quelqu'équipe que ce soit.

Il y a **aussi les freins mis à la formation de nouveaux médecins**, notamment les futurs **généralistes**, les spécialistes étant peu intéressés. L'absence d'une formation suffisante (ce qui est suffisant est décidé par les professeurs d'université d'obstétrique) est un prétexte pour embaucher ces médecins sur un statut précaire, celui de contractuel étant réservé aux médecins de la spécialité du service (c'est faux mais c'est un argument avancé à l'Assistance Publique de Paris).

La loi HPST a aussi pour objectif d'atteindre un prétendu équilibre budgétaire en regroupant les activités. Quand des services fusionnent ou disparaissent l'orthogénie n'est pas traitée à part mais une fois la restructuration faite, s'il reste des moyens...

Tout cela se traduit systématiquement **par une diminution de l'offre de soins quantitative et qualitative en particulier par l'éclatement géographique de l'activité.**

**Non l'avortement n'est pas un acte médical comme les autres**, il ne le sera probablement jamais et ce n'est pas la résurgence des idéologies religieuses de toutes obédiences qui peut nous rassurer sur ce point.

Et pourtant, **nous avons prouvé depuis 35 ans, dans les centres autonomes, qu'une prise en charge humaine était possible et permettait aux femmes de faire leur choix le plus librement possible.**

A l'idéologie morale, il faut ajouter l'idéologie médicale actuelle qui multiplie les actes techniques. **L'IVG n'est pas qu'un acte technique.** La multiplication des possibilités d'IVG médicamenteuses en ville peut aussi entraîner une prise en charge technique avec **une réponse automatique à une question non posée.** Certains disent que les femmes souhaitant une IVG sont des femmes enceintes. On peut apprécier l'astuce, mais pour moi **les femmes qui envisagent d'avorter sont plus proches de celles dont s'occupe l'assistance médicale à la procréation (AMP).** Toutes les équipes d'AMP ne s'occupent pas autrement que formellement d'interroger la demande des couples et leur **« projet parental »**, les IVG demandées après AMP, les grossesses spontanées après ou pendant la procédure ou encore la séparation des couples après succès ou pas semblent le prouver.

**Nous devons nous battre pour que ce que nous avons construit depuis 35 ans ne soit pas détruit, parce que c'est la meilleure façon de prendre en charge les femmes demandant une IVG. Il faut une véritable organisation des soins en matière d'orthogénie comme le proclame le manifeste adopté par l'ANCIC, la CADAC et le PF avec des UF de planification familiale et d'IVG animées par des équipes pluridisciplinaires de volontaires, centres de réseaux pour les IVG médicamenteuses en ville.**

Jean-claude Magnier, co-président de l'ANCIC

## DOSSIER

### LUTTES, DYSFONCTIONNEMENTS, DEMANTELEMENTS, RESTRUCTURATIONS, DIFFICULTES DES CENTRES D'IVG

Nous avons tenté, avec plus ou moins de réussite, de vous faire participer à la rédaction de ce dossier sur les difficultés des centres IVG.

Nous avons recueilli plusieurs témoignages de membres de l'ANCIC. Ces témoignages sont parcellaires, souvent ponctuels, témoins de difficultés aiguës. Mais nous savons comme chacun est pris par le temps et ses occupations multiples. Prendre la plume ou taper un texte pour témoigner n'est pas notre métier, nous le faisons quand nous sommes poussés à bout, quand la situation nous semble désespérée ou alors pris dans l'action, nous pensons que ce n'est pas le moment de témoigner mais celui de se battre localement ou celui de baisser les bras...

Voilà, il n'est pas aisé de recueillir des écrits. Pour autant, ce que nous avons recueilli nous montre que globalement les difficultés des structures sont souvent dues aux mêmes causes :

- exigences de rentabilité de la part des directions (alors que dans le domaine de la santé publique, c'est une politique d'investissement qui s'imposerait...)
- restructurations, éclatement des structures et des équipes voire disparitions pures et simples
- précarité des statuts, des postes, dépendance aux décisions des chefs de service
- isolement des structures
- manque de réseaux pour se défendre, manque d'articulation entre les associations et les équipes de terrain pour être au plus près de la réalité et relayer les véritables difficultés

Pourtant des points positifs existent :

- une prise en charge efficace et humaine dans des structures inventées et animées par des personnels volontaires et très impliqués
- des associations militantes pour le droit des femmes et des collectifs pour la défense des hôpitaux motivés et très actifs
- une opinion publique favorable

Ne baissons pas les bras devant l'ampleur de la tâche. Convaincre des décideurs et des administratifs appliquant les règles de l'entreprise au domaine de la santé est plus qu'ardu, cela relèverait presque d'une mission impossible mais ils ne sont pas sûrs eux-mêmes de leurs méthodes ni de leurs arbitrages, ils changent de stratégie et de décision continuellement. Profitons de cette faiblesse pour peser le plus possible sur leurs décisions. En ces temps de campagne électorale, ils craignent les mouvements d'opinion.

**Mobilisez-vous, entrez en contact avec les associations, interpellez les politiques locaux pour demander leur soutien, manifestez-vous, soutenez les centres en difficulté.**

Emmanuelle Lhomme

## TEMOIGNAGES

### EN PAYS DE LOIRE : Raymonde Moullier

Au **CH du Mans en Sarthe, (53)**, plusieurs médecins généralistes qui pratiquaient les interventions depuis 1975 ont démissionné avec fracas suite à un conflit avec la direction de l'établissement. Le service fonctionne actuellement avec un Praticien Hospitalier à temps partiel, une interne en fin de cursus et un médecin en retraite...

**Dans le département 44, le CIVG Simone Veil** CHU de Nantes fonctionne à peu près pour le moment, mais l'avenir n'est pas assuré.

**Le CIVG Clotilde Vautier** de la Clinique Jules Verne dépend d'un centre mutualiste, la direction essaie de déstabiliser les personnels du CIVG pour diminuer le nombre de vacations médicales et demande aux gynécologues de la maternité de faire les IVG dans leur programme, c'est-à-dire réintégrer le centre dans la maternité. Le but est de récupérer les locaux et les financements de l'IVG. Les gynécologues de la maternité ne sont pas intéressés pour l'instant.

En même temps, le centre a de plus en plus d'activité avec plus de 700 IVG/an pour 3 000 accouchements/an. Et cet endroit est stratégique pour la région.

A **Châteaubriant, (44)** (un peu plus de 100 IVG par an), les médecins n'ont pas accès au bloc (anesthésiste anti-IVG), donc **pas d'AG possible**, et de là pas beaucoup de possibilité d'obtenir une IVG entre 12 et 14 SA même sous AL, les médecins ne les faisant pas. Cependant, un des médecins vacataires va venir se former à l'IVG entre 12 et 14 SA à la Clinique J. Verne.

A **Saint-Nazaire, (44)** 5 à 600 IVG par an : interdiction pour les médecins généralistes vacataires de pratiquer les IVG par aspiration au delà de 10 SA. Elles sont ensuite faites par des gynécologues systématiquement sous AG ou médicamenteuses.

La réunion avec **l'ARS Pays de Loire sur "Prévention des grossesses non prévues"** prévue de longue date fin septembre a été annulée faute de finances. Nul ne sait si une autre suivra et si oui quand.

### TOURS : Nathalie Trignol Viguié

A **Orléans**, la situation serait toujours "préoccupante ».

A **Tours**, pour l'instant tout va bien, offre diversifiée avec AL ou AG au choix, méthode médicamenteuse avec ou sans hospitalisation. Cela va-t-il durer?!!! Car il y a un projet de délocalisation du service de gynéco dont nous faisons partie mais nous sommes dans des locaux dédiés et avec une UF dédiée. La gynéco doit déménager car il faut accueillir dans le bâtiment la réanimation néonatale pour justifier le titre de maternité de niveau 3 et donc notre bâtiment qui était dédié à la femme va perdre la gynécologie!!! Pour l'instant, le chef de pôle résiste mais jusqu'à quand? Dans un deuxième temps, risquons-nous de "gicler" et d'être intégrés à la gynécologie ailleurs? Je n'ose pas y penser...

Pour le reste du 37: à **Amboise**, dans le centre de périnatalité, une matinée par semaine, pour la planification et les IVG ; à **Chinon**, enfin des IVG depuis 2 à 3 ans (pour la 1ère fois depuis 1975).

## **REGION PARISIENNE :**

La situation en région parisienne est très tendue : des structures disparaissent comme celle de l'Hôpital Jean Rostand (150 IVG par an) ou sont menacées de l'être comme la maternité des Lilas (1200 IVG par an) et les restructurations engagées par l'AP-HP menacent de plus en plus de centres IVG : Saint Louis, le Kremlin Bicêtre (900 IVG par an), Saint Vincent de Paul (plus de 1000 IVG par an)...

Depuis 2005 le nombre d'IVG réalisées dans les services de l'AP-HP est en diminution constante : 13463 en 2005, 11889 en 2010 soit moins 11,7% en 5 ans.

### **MATERNITE DES LILAS – 93 : d'après l'intervention de Marie-Laure Brival sur France Inter dans l'émission « Là bas si j'y suis » du 4/01/2012**

L'élaboration du projet de reconstruction de la maternité des Lilas a été mené sur 5 ans, il a reçu les autorisations de toutes les administrations : celle de l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation), a été reconnu dans le plan Hôpital 2012, a été signé par la ministre de la santé en 2009.

Mais brutalement, le projet a été suspendu en avril 2010 par décision de l'ARS (Agence Régionale de Santé) nouvellement créée. L'ARS applique une politique de santé basée sur la mutualisation des moyens et des économies d'échelle organisant à terme une privatisation du système de santé.

Le blocage de la reconstruction de la maternité menace directement la survie de la structure. Un grand mouvement de solidarité pour le maintien de la maternité des Lilas s'est développé depuis cette date associant le Collectif de la Maternité des Lilas, la Coordination de défense des hôpitaux de proximité et des maternités, les associations de défense des droits des femmes, de nombreuses personnalités...

La Maternité des Lilas, hôpital associatif à but non lucratif, réalise 700 accouchements et 1200 IVG par an dans un département où l'accès aux soins est de plus en plus difficile et la population précarisée.

### **Hôpital de MONTREUIL – 93 :**

1400 IVG en 2010, réduction de 50% de l'activité depuis la nomination du nouveau chef de service.

### **Hôpital d'AVICENNE – 93 :**

Annonce de la fusion de l'unité d'Avicenne et de celle de Bondy.

### **Hôpital SUD FRANCILIEN – 91**

Les **hôpitaux d'Evry et de Corbeil** se regroupent sur un seul site, le Centre de Planification va donc intégrer le « nouvel hôpital aux 8 000 malfaçons » fin février 2012, avec des réaménagements et adaptations nécessaires et beaucoup d'incertitudes... à suivre.

### **Hôpital KREMLIN-BICETRE – 94 :**

La direction de l'hôpital Kremlin Bicêtre a prévu de relocaliser le centre IVG afin de récupérer les locaux jusqu'à présent dédiés à cette activité.

Le Centre réalise entre 800 et 900 IVG, des consultations de contraception, et une importante activité de planification et de prévention ; dans des locaux dédiés et fonctionnels, avec du personnel volontaire, formé et dédié.

Il s'agirait de relocaliser le centre dans la consultation de la maternité : deux box de consultation et un box pour les IVG sous anesthésie locale.

## Hôpital SAINT LOUIS - PARIS : Laurence Esterle

Le Centre de régulation des naissances de l'hôpital Saint-Louis de l'AP-HP fonctionne depuis de très nombreuses années avec sept médecins, une infirmière, deux aides-soignants, une conseillère conjugale et familiale (CCF) et une psychologue dans des locaux adaptés et indépendants situés sous la polyclinique des consultations externes: 3 bureaux de consultation, 1 bureau pour la secrétaire, 1 bureau pour l'infirmière, 1 bureau pour la CCF et une pièce pour recevoir deux femmes pour IVG médicamenteuses. Les consultations sont ouvertes tous les jours de la semaine. Le centre dispose pour son propre usage d'un petit bloc opératoire équipé pour les IVG chirurgicales, avec une salle de réveil de 6 places, et une salle de repos de 9 fauteuils. Le personnel de chirurgie (anesthésistes, panseuses, infirmières et aides-soignants etc.) est disponible deux matinées par semaine pour les IVG chirurgicales (15 à 18 sont réalisées par semaine).

La réalisation de travaux dans l'hôpital remet en cause l'organisation de cette unité sans aucune concertation préalable avec ses responsables. La restructuration du centre de dialyse entraîne tout un jeu de chaises musicales impliquant différentes unités de soin, la dernière étant le centre de régulation des naissances ! Les consultations seraient déplacées dans un autre service. Le dispensaire des IST a été évoqué, alors que seules quelques plages de consultation restent disponibles et que la disponibilité d'une salle d'attente dédiée ne va pas de soi. Les vestiaires du centre de régulation des naissances seraient reconvertis (sic !) pour les IVG médicamenteuses. Quant aux IVG chirurgicales, l'incertitude est grande : le bloc opératoire du CRN serait offert à la pneumologie et le bloc de chirurgie ambulatoire n'existe qu'à l'état de projet à Saint-Louis. Le bloc de chirurgie générale n'est, quant à lui, pas en mesure d'accueillir une activité supplémentaire deux matinées par semaine.

Autrement dit, le centre est menacé d'une désorganisation totale tout à fait préjudiciable à l'ensemble de ses activités, avec un risque sur la poursuite des IVG chirurgicales.

Une fois de plus, l'AP-HP fait donc le choix de sacrifier une activité qui fonctionne très bien, et qui rend un très grand service aux femmes...

## Hôpital TENON – PARIS : Marie Josée Pépin

Après une longue lutte, le centre a donc rouvert ses portes en avril 2011. Il a atteint rapidement sa capacité d'accueil, ce qui indique qu'il répondait réellement à un besoin.

Mais la tâche du collectif 20è/Tenon n'est pas terminée.

Le CIVG s'est réinstallé dans les anciens locaux, répartis en 3 lieux et trop exigus. Promesse a été faite par la direction de l'hôpital de regrouper salle d'attente, accueil, consultation, chambre de repos etc... à la faveur du déménagement du service de gynéco vers le bâtiment nouveau qui doit ouvrir en mars 2012. Il semblerait aussi positif que les IVG par aspiration puissent se faire dans le CIVG, plutôt que dans un service de chirurgie. Nous suivons donc cette question. La direction de l'hôpital lors de la réouverture a fixé le chiffre plafond de 500. Celui-ci devra être revu dans l'avenir proche pour répondre à la demande, d'autant plus vite que l'AP/HP a programmé la disparition du CIVG de St Antoine.

Après l'été nous avons dû faire face à l'offensive des intégristes catholiques, dont SOS tout petits.

C'est une vraie campagne qu'ils ont organisée après la réouverture du centre, qu'ils présentent comme un scandale, prétendant s'installer régulièrement à la porte de l'hôpital, munis de leurs pancartes infâmes pour faire pression sur les femmes et les hommes et aussi bien sûr sur les hospitaliers.

Une mobilisation large – avec plusieurs rassemblements et manif autour de l'hôpital - a permis de leur interdire l'accès à Tenon.

En cette période électorale où les groupes intégristes liés à l'extrême droite tentent d'occuper l'espace public, il est important de s'opposer résolument à leur ordre moral.

C'est aux femmes de choisir !

Le collectif 20è/Tenon

### **Hôpital SAINT VINCENT DE PAUL – Paris :**

Le Centre d'orthogénie de Saint Vincent de Paul résulte de la fusion Cochin + Saint Vincent de Paul + Broussais, cette restructuration a déjà entraîné une baisse de l'activité évaluée à moins 500 IVG par an. L'association de ces structures réalisait en 2010 près de 2 200 IVG.

Le déménagement de l'unité de Saint Vincent de Paul dans le nouveau bâtiment de Port Royal est prévue en Février 2012 avec éclatement de l'activité consultation d'un côté, anesthésie locale sans lits dédiés à un autre étage, pas d'accès indépendant et obligation pour les femmes en demande d'IVG de traverser la salle d'attente de la PMI nourrisson pour accéder au centre d'orthogénie.

### **Hôpital SAINT ANTOINE – Paris :**

Fermeture annoncée de Saint Antoine avec annonce du report de l'activité sur Trousseau mais aucun poste n'a été créé, pas de locaux dédiés.

# MANIFESTE : LES STRUCTURES QUE NOUS VOULONS POUR L'IVG !

**Les CIVG que nous voulons pour répondre aux besoins des femmes, en établissement comme hors établissement hospitalier, exigent une véritable volonté politique en faveur des droits des femmes.**



www.ancic-asso.fr  
webmaster@ancic-asso.fr



coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception

www.collectifdroitsdesfemmes.org  
colcadac@club-internet.fr



le planning familial

www.planning-familial.org  
avortement@planning-familial.org

**Ancic / Cadac / Le Planning Familial**  
1<sup>er</sup> octobre 2011

## Manifeste

**Les structures que nous voulons pour l'Interruption Volontaire de Grossesse !**

### La loi du 4 juillet 2001

fait obligation aux chefs de service de gynécologie-obstétrique, quels que soient leurs convictions et leur recours à la clause de conscience, d'organiser la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans leur service.

Le désintéret de certains d'entre eux pour l'IVG, l'usage abusif de la clause de conscience par les praticiens selon leur bon vouloir - au-delà de 2 IVG pour certains, au-delà de 12 semaines d'aménorrhée pour d'autres ... mettent en péril un droit fondamental des femmes.

Depuis avril 2010, avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS), l'accélération des restructurations hospitalières, la fermeture des hôpitaux et des maternités de proximité, la suppression de postes, la réorganisation du processus de travail, entraînent la déstabilisation des personnels soignants, et ont pour résultat la remise en cause de l'égalité d'accès à l'IVG.

La tarification à l'activité (T2A) et une tarification de l'IVG bien en deçà de son coût réel contribuent au désengagement des établissements de cette activité.

**Dans ce contexte, l'IVG médicamenteuse hors établissements hospitaliers, par son moindre coût, a la faveur de la politique gouvernementale au détriment du choix des femmes.**

De plus, les centres d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) autonomes, structures animées par des équipes pluridisciplinaires motivées disposant de moyens et de locaux dédiés, sont systématiquement démembrés. Situation renforcée par le départ des médecins pratiquant les IVG : une génération entrée dans les hôpitaux au moment de la loi Veil atteindra l'âge de la retraite dans les 5 ans à venir.

### L'avortement et la contraception concernent toutes les femmes !

C'est dire si les 2 heures consacrées à l'IVG et à la contraception au cours de la totalité des études de médecine, sont ridicules !

Les CIVG sont un lieu d'apprentissage indispensable de la pratique professionnelle, parce qu'ils regroupent différents intervenants et ne se limitent pas aux seuls aspects techniques de la pratique. La formation acquise auprès des équipes des CIVG devrait être reconnue et permettre l'embauche sur des postes de médecins contractuels. Un diplôme universitaire peut être un complément dans le cadre de la formation permanente.

Le système actuel d'organisation des soins, en redistribuant à fin de rentabilité l'activité d'IVG dans des services de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie, participe à la remise en question de l'accès au droit à l'avortement.

Une étude ANCIC/INED, en 1992, montrait déjà qu'au-delà d'un certain nombre d'IVG annuels (400), une structure dédiée est la plus appropriée pour assurer l'offre de soins favorisant le choix de la technique d'IVG par les femmes : IVG

chirurgicale sous anesthésie générale (AG) ou sous anesthésie locale (AL), IVG médicamenteuse avec ou sans hospitalisation.

### Nous proposons que les CIVG soient généralisés dans le cadre d'une médecine de proximité, à l'encontre de ce que prône la politique de santé actuelle :

- Soit sous forme de **structure de l'établissement hospitalier** (Service, Unité Fonctionnelle, département...) avec une équipe motivée par l'ensemble des questions de planification, dédiée au centre et formée à la contraception et aux techniques d'avortement, dont l'aspiration sous AL. Les moyens humains et matériels prévus pour ces structures doivent leur être dédiés, non détournés par les établissements pour d'autres activités. L'activité d'IVG doit être inscrite dans le projet du pôle dont fait partie cette structure. La permanence des soins doit être assurée quelque soit la période de l'année.

- Soit sous forme de **Centre de santé public avec CIVG** : l'évolution des techniques permet aujourd'hui de pratiquer certains actes en consultation : l'IVG par aspiration sous AL peut en faire partie et être organisée, y compris en CPEF, sous réserve d'une convention avec un hôpital avec des procédures préétablies, comme pour l'IVG médicamenteuse en ville. La pratique de l'IVG hors hospitalisation nécessite de modifier le code la Santé Publique.

## « IL N'EXISTE PAS DANS L'HISTOIRE DE LA MEDECINE UNE REUSSITE COMPARABLE »

En matière d'orthogénie, « l'évidence base médecine » est à l'opposé des décisions politiques en cours. Mon propos est juste de rappeler quelques données historiques, scientifiques, humanistes et féministes, avec l'espoir qu'un jour peut être un gramme de bons sens pourra s'introduire à l'intérieur de ce terrorisme hospitalo-universitaire.

La mise en place en France de l'orthogénie après le vote de la loi Veil en 1975, s'est faite comme chacun sait, grâce aux médecins militants plutôt issus des généralistes et des gynécologues médicaux que des obstétriciens qui majoritairement lui ont opposé la « clause de conscience ».

Ces médecins relégués dans des coins que personne ne voulait se sont installés modestement à l'intérieur des enceintes hospitalières. Ils ont progressivement poussé les murs, fermé les portes, créé des lieux dédiés et mis en commun leur travail. Les réflexions scientifiques et d'accompagnement ont été menées conjointement comme une évidence. Le résultat est que d'un taux de mortalité d'une femme par jour avant la loi Veil (rappelons qu'à l'époque l'avortement était la première cause de mortalité de la jeune femme), nous atteignons aujourd'hui le chiffre mythique de zéro ! Quand aux complications, elles aussi, ont suivi une courbe décroissante qui donne le vertige. Il n'existe pas dans l'histoire de la médecine une réussite comparable. Ces médecins ont travaillé la plupart du temps à la vacation, c'est à dire sous payés, sans congés ni rétributions en cas de maladie. **Dans leurs « centres d'orthogénie » ils ont compris l'importance de l'équipe, de la motivation et d'associer à la réflexion scientifique, les enjeux psychologiques, sociologiques et culturels.** Ils n'ont bénéficié d'aucune considération, car ils ont été assimilés à leur pratique c'est à dire aux actes « non nobles » de la médecine.

Aujourd'hui les grands patrons (qui rappelons-le ont majoritairement opposé « la clause de conscience » et n'ont que peu participé à l'aventure de l'avortement,) forts de la loi HPST et de la mise en place de la T2A soutiennent la réabsorption des centres par leurs services. Ce mouvement sanitaire est accompagné du discours sécuritaire qui est réservé à chaque possibilité d'accroissement des grands centres hospitaliers. Sauf que quand même, en matière de sécurité et d'avortement il me semble qu'il n'y a pas de leçon à recevoir et que **le travail accompli dans les « structures autonomes » a fait la preuve de l'excellence du service rendu à la population.** Toutes les études scientifiques montrent en effet qu'un lieu et un personnel dédiés à l'avortement sont les conditions de base à la bonne pratique de l'IVG.

La réintégration des centres à l'intérieur des services d'obstétrique, est assurément la perte de cette autonomie, la volatilité du personnel, le désinvestissement progressif bref, une évaporation de sens, qui s'accompagnera forcément d'une baisse en terme de qualité de soins. La perversité du système fera qu'on se congratulera que « les accidents » surviennent sur un plateau technique hautement sophistiqué et à cette occasion, il est même probable qu'on évoquera « les risques » que la situation antérieure aurait rendue possibles si... Pour la population c'est forcément une dégradation de la qualité du soin, de l'accompagnement et donc de la prévention. C'est aussi, plus concrètement, une attente des femmes dans les blocs opératoires où les césariennes sont, de fait, des urgences qui feront croître le délai de celles qui seront en attente de leur IVG. C'est enfin, pendant ces temps de prolongation, les cris des nouveaux nés qui sont autant de violences supplémentaires évitables avec juste un peu de bon sens.

Nous avons vu avec quelle jubilation la pratique médicamenteuse à tous les termes de la grossesse a permis aux grandes structures de monter le nombre des IVG en renouant avec la tradition de l'implication minimum et cette fois-ci, ce sont les sages-femmes et les infirmières qui de fait en assument la pratique sous délégation.

**Laissons l'avortement là où des êtres humains sont volontaires pour accompagner dans toutes ses dimensions ce moment délicat de la vie des femmes.**

Je rêve juste d'un monde où les politiques s'informent qu'à côté de l'aristocratie hospitalo-universitaire une aristocratie de terrain existe bel et bien et que son expertise n'est pas contournable.

Chantal Birman (sage-femme de base)

## POINT DE VUE

### L'ANCIC ET LE MILITANTISME

Le numéro 5 de l'écho de l'ANCIC sur les luttes a suscité une discussion au sein du comité de rédaction sur **l'ANCIC et le militantisme**.

Militer peut se décliner de différentes façons :

- **sur nos lieux de travail** : les membres de l'ANCIC inscrivent dans leur pratique quotidienne les objectifs de l'ANCIC, travaillent à la construction de la structure en référence au manifeste « Les structures que nous voulons » et prennent souvent l'initiative des mobilisations lorsque la structure est en danger.
- **dans les différentes institutions** : nous participons à de nombreux groupes de travail (Ministères, Commissions Régionales Naissance, CSIS, HAS pour les recommandations ....) où nous sommes sollicités et reconnus notamment en tant qu'experts.
- **avec les associations** (Planning Familial, CADAC, collectif des CCF, Centre Hubertine Auclert ..... ) dans la défense des droits des femmes où quelques uns (unes) d'entre nous assument les liens, et réunions avec ces associations.
- **avec les centres d'IVG** et les centres de planification menacés.

Alors que nous défendons les centres d'IVG autonomes, en unité fonctionnelle, de proximité ; dans la réalité lorsque ces centres ou d'autres sont menacés, l'ANCIC a du mal à prendre place dans la lutte de défense de la structure.

Devons-nous prendre l'initiative des contacts lorsque l'on apprend des dysfonctionnements, restructurations dans un centre, ou devons-nous attendre d'être contacté pour les soutenir ?

Certes nos forces militantes sont souvent « sur le pont », mais nous n'arrivons pas, même si des progrès sont réellement à reconnaître, à mobiliser l'ensemble des membres du CA et même plus largement. Est-ce une question de disponibilité, de temps, d'engagement militant ou une conception du rôle de l'association ? Une réflexion semble nécessaire.

**Pouvons-nous être aussi bien une association de professionnels qui met en avant des concepts, et les défend pour qu'ils soient validés et construits dans les centres qu'une association militante avec présence sur le terrain des luttes ?**

Ces quelques lignes tentent de lancer le débat.

Rédigé par Martine Chosson, reflet des discussions du comité de rédaction de l'Echo.

## ACTUALITES

### CONCLUSION DU CONGRES DE VANNES DE L'ANCIC 14 ET 15 OCTOBRE 2011 PAR SOPHIE EYRAUD CO-PRESIDENTE DE L'ANCIC

Merci à tous d'être venus si nombreux pour participer à ces journées ; se retrouver tous ensemble est toujours extrêmement dynamisant, c'est un plein d'énergie vraiment bienvenu pour mener les combats qui ne manqueront pas de nous mobiliser en cette année d'élections.

Un grand merci à l'équipe de Vannes et tout particulièrement à Sylvie Denoël pour son accueil chaleureux et son efficacité.

On ne peut que se féliciter de la qualité des interventions et des échanges.

La première table ronde nous a fait découvrir une cartographie passionnante de la Bretagne et de Nantes, sa préparation semble avoir été un moteur pour les échanges dans la région, pour le plus grand bénéfice des femmes.

On peut souligner que les zones rurales sont éloignées de l'offre de soins et que la région n'est pas épargnée par la fermeture des hôpitaux et centres de proximité

La deuxième table ronde a montré que la mobilisation des femmes est la clé de la sauvegarde de l'offre de soin et de nos unités dédiées.

Il faut également que l'IVG sorte du forfait, et soit un acte exonéré du ticket modérateur : ce combat sera celui des 5 prochaines années

La 2<sup>ème</sup> partie de la table ronde nous a présenté les dispositifs existant sur le territoire pour améliorer l'accès à la contraception chez les mineures qui sont tous complémentaires. Il faut qu'ils soient étendus aux jeunes majeurs jusqu'à 25 ans.

On a particulièrement apprécié la richesse et la diversité des communications libres qui mettent en valeur des recherches qui placent l'individu au cœur de notre travail.

La troisième table ronde a permis d'aborder la démedicalisation avec la délivrance de la contraception par les non médecins toujours dans un but d'augmentation de l'offre de soins. Cette complémentarité des professionnels pour favoriser l'accessibilité va dans le sens de l'autonomie des femmes par rapport à leur contraception.

Il est clair que c'est un partenariat entre les professionnels : secrétaires, conseillères conjugales et familiales, infirmières, aides soignants, sages femmes, pharmaciens, médecins et que ça ne doit pas engendrer de conflits.

Les débats ont souligné le rôle capital du professionnel du premier recours pour l'entrée en contraception.

La quatrième table ronde a livré l'expérience de Rennes et de Nantes qui ont décidé de renoncer à l'IVG médicamenteuse au delà de 9 SA et mis en exergue l'opposition à ce qui a été assimilé à une maltraitance des femmes. Si certains peuvent souhaiter laisser le choix aux femmes, le développement du tout médicamenteux va aboutir à terme à la disparition des centres. Maintenir l'offre chirurgicale est donc un vrai combat politique

Quant à la relève, ce ne sont pas les médecins qui manquent, mais l'organisation des soins qui ne lui permet pas de participer à cette partie de la médecine pour les femmes. L'abrogation du décret est un combat à mener pour faciliter l'embauche des jeunes médecins.

Je voudrais finir

- sur les femmes :

J'invite tous les participants à consulter s'ils ne le connaissent pas le blog «je vais bien, merci »

Tenon n'a réouvert que parce que les femmes du 20<sup>ème</sup> arrondissement se sont emparées de la question.

L'offre de soins ne peut continuer à exister que si ce sont les femmes qui agissent et non pas seulement les médecins et les instances sanitaires qui décident pour elles.

- mais aussi sur l'engagement de certains politiques :

C'est grâce à l'implication du maire du 14<sup>ème</sup>, que Cochin va peut être garder le poste de PHC qui devait lui être supprimé.

On est depuis la loi HPST dans une logique de démantèlement du service public et de privatisation de la santé qui nécessite un militantisme actif de tous les acteurs de la société.

L'ANCIC, la CADAC et le PF ont élaboré un manifeste commun qui décrit les structures dédiées que nous voulons pour les IVG , nous allons continuer à nous battre sur le forfait IVG , les statuts des personnels et le maintien de l'IVG chirurgicale.

L'ANCIC ne vit que par ses adhésions : adhérez et renouvelez nous ! Si vous ne prenez pas les choses en main tout se fera sans vous ; prenez le pouvoir, pour préserver notre outil de travail, nos conditions d'exercice et la santé des femmes.

Nous espérons vous proposer un prochain congrès national avec soirée cassoulet, à Toulouse en 2013!

## ACTUALITES

*17 filles* est un film français réalisé par Delphine et Muriel Coulin. Il a été tourné entre le 26 juillet et le 15 septembre 2010, en Bretagne, notamment dans les villes de Lorient (principalement), Étel, Guidel, Ploemeur, dans le Morbihan. Il est sorti en salles le 14 décembre 2011. Le film a été nommé pour la Caméra d'or du Festival de Cannes 2011 et a remporté le prix Michel-d'Ornano au Festival de Deauville cette même année.

S'émanciper, tel est le maître mot des jeunes adolescentes qui bâtissent un plan pour ne plus être sujettes aux réflexions de leurs parents : « On n'entendra plus jamais des réflexions du style *Range ta chambre !* [...] On deviendra jamais comme nos parents, on n'aura que 16 ans d'écart avec nos mômes, c'est idéal, on sera proche d'eux, pas de choc des générations ! ».

« *Influences et manipulations : Comment j'ai failli être leader d'opinion* »

Témoignage de Françoise Tourmen, sur les rapports de l'industrie pharmaceutique avec les soignants.

[www.formindep.org](http://www.formindep.org)

## COURRIER DES LECTEURS

A la lecture de l'écho n°4 :

Bonjour Florence,  
très bonne idée et merci de m'en faire part, cordialement  
Mme Catherine TISSERAND  
Pôle Interdirectionnel Solidarité et Famille  
Médecin de Protection Maternelle et Infantile  
Centres de Planification et d'Education Familiales - Centres Périnataux  
membre de la commission permanente du CSIS

Merci, très intéressant  
Béatrice Maret  
Présidente de l'ANCCEF (Association Nationale des Conseillers Conjugaux et Familiaux)

### DATES À RETENIR

**16 Mars 2012 : Journée nationale de l'AFC**  
[www.contraceptions.org](http://www.contraceptions.org)

**22 Mars 2012 : Journée de la SFSA (Société Française pour la Santé de l'Adolescent)**  
[www.sfsnte-ado.org](http://www.sfsnte-ado.org)

**8 Juin 2012 : Colloque de l'ANCCEF**  
**« L'homoparentalité en question »**  
[www.ancef.fr](http://www.ancef.fr)

### DATES À RETENIR

**Election Présidentielle :**  
**22 avril et 6 mai 2012**

**Elections législatives :**  
**10 et 17 juin 2012**

### AVIS AUX LECTEURS

N'hésitez pas à nous écrire par mail :

[contact@ancic.asso.fr](mailto:contact@ancic.asso.fr)