

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes

- Audition de M. Claude Evin, directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, ancien ministre, et de Mme Anne-Gaëlle Daniel, chargée de mission sur la périnatalité, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la contraception à l'ARS, sur le projet de loi relatif à la santé (n° 2302). 2

Mercredi

11 février 2015

Séance de 16 heures 15

Compte rendu n° 17

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

**Présidence
de Mme Catherine
Coutelle,
Présidente**



La séance est ouverte à 16 heures 15.

Présidence de Mme Catherine Coutelle, présidente.

La Délégation procède à l'audition de M. Claude Evin, directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, ancien ministre, et de Mme Anne-Gaëlle Daniel, chargée de mission sur la périnatalité, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la contraception à l'ARS, sur le projet de loi relatif à la santé (n° 2302).

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. C'est avec un grand plaisir que nous vous accueillons, car nous sommes très intéressés par votre vision de la santé en France en général et en Île-de-France en particulier, et par les préconisations que vous pourriez faire.

L'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France mène une action tellement exemplaire en termes de santé sexuelle et reproductive, que la ministre de la santé a annoncé, lors de la présentation du programme national d'action visant à améliorer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en janvier 2015, la formalisation d'un plan pour l'accès à l'avortement dans chaque région, dont les orientations nationales seront élaborées avec l'appui de l'ARS d'Île-de-France et diffusées avant l'été 2015. Dans le cadre du projet régional FRIDA, vous avez engagé plusieurs actions intéressantes afin notamment de donner la parole aux femmes, ce qui n'est pas si fréquent, et plus largement d'améliorer les connaissances en matière d'IVG, mais aussi de renforcer l'offre en Île-de-France, du point de vue qualitatif et quantitatif.

Par ailleurs, j'aimerais avoir votre avis sur le projet de loi relatif à la santé sur lequel nous travaillons. Avez-vous une vision un peu générale de la santé des femmes ? Selon des rapports publiés récemment, les femmes sont davantage concernées, par certaines maladies et problématiques de santé, comme le tabagisme ou l'obésité qui révèle en outre des inégalités sociales importantes. L'ARS d'Île-de-France a-t-elle travaillé sur ces sujets et mène-t-elle des politiques spécifiques dans le domaine de la santé des femmes ?

Au cours de nos auditions, nous avons constaté, d'une part, qu'il faudrait renforcer les actions de prévention à l'école et, d'autre part, que nous manquons de données sexuées sur la santé au travail. La ministre de la santé a rappelé hier, lors de son audition par la délégation, que la santé à l'école est du ressort de l'éducation nationale, tandis que la santé au travail relève du ministère du travail et qu'elle-même s'occupe de la santé au sens strict. Ne doit-on pas prendre en compte le citoyen, malade ou en bonne santé, dans sa globalité, dans tous les domaines de sa vie ? J'ai du mal à imaginer un parcours de santé découpé en tranches, surtout si l'on oublie les temps de vie consacrés au travail et à la formation.

M. Claude Evin, directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France. Madame la présidente, je vais d'abord répondre à votre deuxième série de questions, ce qui me permettra de situer l'IVG dans la démarche d'ensemble de l'agence.

Grâce aux ARS, nous pouvons appréhender de manière plus globale certains problèmes de santé auxquels est confrontée la population car, lors de leur création, le législateur avait souhaité l'élaboration de projets régionaux de santé (PRS). Dans ce cadre, en 2011 et 2012, nous avons recueilli des données qui font apparaître des situations particulières, notamment de très grandes inégalités sociales et territoriales de santé. Selon les

territoires, nous constatons la prévalence de telle ou telle pathologie touchant plus particulièrement les femmes ou les hommes. Nous avons ainsi identifié des territoires où la prévalence des cancers du sein et du poumon chez la femme était particulière.

Dans notre projet régional de santé, nous affichons l'objectif de réduire ces inégalités sociales et territoriales de santé et nous ciblons nos politiques de manière à y parvenir. Prenons l'exemple de la mortalité infantile. En Seine-Saint-Denis, le taux de mortalité infantile est deux fois supérieur au taux moyen régional, qui est lui-même plus élevé que le taux moyen national. Nous avons développé un programme spécifique, piloté par Mme Anne-Gaëlle Daniel, pour pouvoir traiter ce problème. Nous adaptons nos politiques en fonction des situations, notamment d'inégalité, que nous avons mises en évidence. C'est un travail au long cours dont je ne peux pas encore vous donner les résultats.

Vous m'avez aussi interrogé sur la santé au travail et la santé scolaire. C'est vrai qu'elles ne sont pas dans les compétences du ministère de la santé ; elles ne sont pas non plus directement du ressort des ARS. Cependant, dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le législateur a prévu une coordination des politiques publiques et deux commissions présidées par le directeur général de l'ARS : l'une, qui concerne le secteur médico-social, assure une articulation avec les collectivités territoriales partenaires ; l'autre, dédiée à la prévention, aborde les thèmes de la santé scolaire et de la santé au travail.

Dans cette dernière commission siègent les acteurs concernés par la prévention, notamment les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et les services de la santé au travail. Pour ma part, j'aimerais que nous abordions ce thème de la santé au travail. Je constate que l'administration a parfois tendance à considérer que la santé au travail concerne uniquement les maladies professionnelles et les accidents du travail. Ces sujets sont très importants mais il y en a d'autres qui mériteraient d'être plus travaillés, même si l'ARS s'en préoccupe.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Les statistiques montrent que les femmes sont plus souvent soignées pour dépression que les hommes et qu'elles sont aussi davantage touchées par la hausse des accidents du travail. Le manque d'articulation avec la santé au travail peut poser un problème pour appréhender ce genre de phénomènes.

M. Claude Evin. Quelle attention l'ARS porte-t-elle à la santé des femmes ? Nous y sommes très attentifs dans le cadre de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Nous ciblons prioritairement les populations ayant une prévalence particulière de pathologies et certains territoires. Cette préoccupation se retrouve lorsque nous menons, dans le cadre des politiques publiques, des campagnes de dépistage de cancers.

En ce qui concerne l'IVG, l'agence a deux objectifs : disposer d'une capacité de réponse qui soit à la hauteur des besoins identifiés ; faire en sorte que les femmes connaissent les lieux où elles peuvent se rendre.

Nous dialoguons avec les établissements de santé pour nous assurer que les moyens qu'ils déploient correspondent aux engagements qu'ils ont pris dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). En tant que directeur général d'ARS, je suis aussi chargé d'évaluer les chefs d'établissement. Lors des dernières évaluations, j'ai reçu une trentaine de directeurs – ceux qui sont à la tête des établissements les plus importants – et je les ai à chaque fois interrogés sur l'attention portée à la réalisation effective d'une activité

d'IVG. Les chefs d'établissement étant souvent confrontés à des difficultés venant des praticiens hospitaliers, il est nécessaire de veiller à l'effectivité de la mise en œuvre des mesures.

Nous voulons aussi que les femmes susceptibles d'avoir recours à une IVG disposent d'une bonne information, notamment en ce qui concerne les lieux où elles pourront être prises en charge. Nous avons donc lancé le projet FRIDA, ce qui signifie « favoriser la réduction des inégalités d'accès en matière d'avortement ». Il s'agit de faciliter l'identification des lieux qui pratiquent l'IVG mais aussi d'assurer la fluidité et la permanence de l'offre, y compris pendant les vacances. Les différents centres nous informent *via* un système déclaratif, ce qui nous permet de voir comment se répartissent les moyens, notamment pendant ces périodes difficiles que sont les vacances. Le site « www.ivglesadresses.org » permet de visualiser de manière dynamique les lieux de prise en charge possibles. Nous avons aussi créé un questionnaire en ligne pour que les femmes et les professionnels puissent témoigner sur les difficultés rencontrées et participer ainsi à l'amélioration du parcours d'IVG.

Mme Anne-Gaëlle Daniel, chargée de mission sur la périnatalité, l'IVG et la contraception à l'ARS d'Île-de-France. Nous faisons face à une sorte de paradoxe dans ce domaine : les professionnels et les associations témoignent de difficultés mais nous ne recevons aucune plainte, signalement ou réclamation.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Un centre de planning familial s'est adressé à moi pour savoir si l'État ne pourrait pas créer un fonds destiné à aider les femmes qui sont hors délais légaux à aller faire leur IVG à l'étranger, en me citant des cas très précis concernant notamment des mineures. J'ai répondu qu'il serait difficile de créer un fonds d'État pour financer une pratique illégale, mais il est effectivement paradoxal que vous ne receviez pas de plainte, étant donné tous les problèmes qui existent : dépassement de délai, refus concernant les mineures, clause de conscience invoquée par les médecins.

À cet égard, vous avez souligné les difficultés rencontrées par les chefs d'établissement. Nous n'en sommes certes plus à la génération de médecins militants qui ont pratiqué des avortements à une époque où ce n'était pas légal, mais cette intervention fait partie du métier d'obstétricien. Est-ce que les médecins invoquent davantage la clause de conscience ou est-ce qu'ils ne sont tout simplement pas intéressés ?

Mme Martine Pinville. Comment travaillez-vous avec les collèges et les lycées où nombre de jeunes filles sont désireuses d'avoir accès à une IVG ? On constate souvent un déficit d'infirmières et de médecins qui seraient en mesure de les accompagner. Il est important d'avoir une vision globale du parcours d'une jeune femme qui peut solliciter des IVG aux différentes étapes de sa vie, à partir de l'âge de quatorze ou quinze ans.

M. Claude Evin. Nous intervenons par le biais de financement d'actions, et non pas directement dans les établissements.

Mme Anne-Gaëlle Daniel. Nous finançons des actions de sensibilisation et d'information du planning familial sur l'éducation sexuelle, les violences et la contraception, dans le milieu scolaire. Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), financés par les conseils généraux, se rendent dans les collèges et les lycées de leur territoire. Avec le conseil régional, nous travaillons sur le « pass contraception ».

Mme Martine Pinville. Je continue à m'interroger sur le manque de coordination et de vision globale, notamment dans ce domaine, et sur les différences qui peuvent exister d'un territoire à l'autre. Les rectorats et les ARS passent parfois des conventions afin d'adapter les politiques aux besoins constatés, mais je ne suis pas sûre que l'accompagnement soit suffisant dans tous les lycées.

M. Claude Evin. L'ARS, qui n'a pas de compétence directe en matière de santé scolaire et de santé au travail, intervient dans ces domaines par le biais de la commission de coordination des politiques publiques. Dans ce cadre, nous conduisons une action globale sur la santé des jeunes d'Île-de-France. Elle mobilise notamment l'éducation nationale et la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) mais, pour l'heure, elle n'inclut pas d'opération particulière sur l'accès à l'IVG. En revanche, nous travaillons avec le conseil régional sur le « pass contraception ».

Mme Martine Pinville. Je ne dis pas que rien n'est fait mais que, sur cette thématique comme sur d'autres, il manque souvent une coordination globale, y compris avec le planning familial. À un moment donné, il faut que tout le monde se retrouve autour d'une table, qu'il y ait un pilote et que les choses soient écrites. C'est vrai pour l'IVG mais aussi pour la santé de l'enfant, etc.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Pour essayer d'y voir clair, nous avons adressé un questionnaire aux régions en ce qui concerne le « pass contraception ». De son côté, la ministre a pris des dispositions en matière de contraception, et notamment pour que les infirmières scolaires délivrent la pilule dite du lendemain, mais nous ne savons pas qui la paie. Il peut y avoir des difficultés de coordination. La ministre a aussi confié une mission à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) afin de mieux cerner les difficultés, en particulier celles qui sont liées à l'anonymat, que rencontrent les mineures. Se pose aussi la question de l'âge. En matière de contraception et d'avortement, on se réfère à l'âge de la majorité sexuelle, quinze ans. Est-ce que cela vous semble être le bon âge ?

M. Claude Evin. Je ne pense pas qu'il y ait d'étude épidémiologique en la matière.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. S'agissant de FRIDA, j'estime qu'il est très intéressant d'avoir donné la parole aux femmes grâce au questionnaire en ligne. Pour pallier la diminution du nombre de centres, vous avez aussi créé une plateforme d'orientation destinée aux professionnels. Si les doléances ne remontent pas à l'ARS, elles arrivent à nous : on nous soumet le cas de femmes qui perdent du temps parce que leur médecin généraliste est incapable de leur donner rapidement les informations nécessaires, et qui finissent par dépasser les délais légaux. Vous avez senti ce besoin. Tout à l'heure, j'ai essayé le site « www.ivglesadresses.org » mais je n'ai pas réussi à trouver l'information pour la région Poitou-Charentes qui ne semble pas couverte, contrairement à la Bretagne. Ce n'est pas très commode pour une habitante de Loudun, par exemple, qui voudrait recourir à une IVG.

M. Claude Evin. C'est effectivement un sujet qui occupe les ARS et qui les conduit, indépendamment de la problématique de l'IVG, à souhaiter la création de plateformes régionales d'information des patients. La ministre souhaite que sa future loi intègre la création d'un système d'information national. Avec les ARS des Pays-de-la-Loire et de Rhône-Alpes, nous pilotons le projet « GPS Santé » dont le but est de répondre au problème que vous soulevez.

Mme Anne-Gaëlle Daniel. Le site « www.ivglesadresses.org » fonctionne depuis deux ans en Île-de-France et le secrétariat chargé des droits des femmes vient d'accorder un financement qui va permettre de l'étendre à l'échelle nationale. En plus de ce site destiné au grand public, nous avons développé une plateforme professionnelle, accessible par code, qui permet d'avoir une vision plus précise du nombre de femmes qui peuvent être accueillies à chaque étape de prise en charge, depuis la consultation jusqu'aux différents types d'IVG – médicamenteuse ou instrumentale, sous anesthésie locale ou générale.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Cette plateforme est-elle à la disposition des médecins libéraux ?

Mme Anne-Gaëlle Daniel. En effet. Nous l'avons testée l'été dernier et nous retravaillons sur ses fonctionnalités afin de la rendre encore plus opérationnelle. Son avantage est de permettre un contact direct entre professionnels, alors que le site destiné au grand public donne des numéros de standard. Or la prise de rendez-vous, le premier contact avec un secrétariat, est un élément clef et critique dans l'accès à l'IVG. D'une manière générale, les fonctions de secrétariat font l'objet de restructurations dans les établissements de santé, ce qui aboutit à une mutualisation et à une sorte de premier filtre. En matière d'IVG, il serait préférable que les femmes tombent sur une personne formée qui sache leur répondre. Même dans les gros centres qui fonctionnent bien en Île-de-France, on me dit qu'il est difficile de répondre au téléphone autant qu'il serait nécessaire. Si les femmes se rendent directement sur place, elles obtiennent un rendez-vous.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Nous avons évoqué hier avec la ministre la question du délai de réflexion d'une semaine en matière d'IVG et nous envisageons de présenter un amendement au projet de loi relatif à la santé pour supprimer cette obligation, afin de répondre à une demande forte des femmes et des associations. J'espère que l'amendement sera adopté parce que ce délai de réflexion n'existe que pour les IVG et les opérations de chirurgie esthétique. On peut penser que les femmes qui demandent une IVG ont réfléchi et qu'elles sont déterminées.

Je voudrais revenir un instant sur la nécessité de veiller à l'effectivité de la mise en œuvre des mesures, que vous rappelez aux chefs d'établissement dans le cadre des CPOM et des évaluations. Vous rappelez l'obligation de service public confiée par la loi aux établissements ayant une autorisation d'obstétrique. Les cliniques privées sont-elles concernées ?

M. Claude Evin. Non, seulement les hôpitaux publics.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Ce sont donc majoritairement les cliniques privées qui ont fermé leurs centres d'IVG.

Mme Anne-Gaëlle Daniel. En fait, c'est la fermeture de maternités privées qui entraîne celle des centres qui s'y trouvent. Cela étant, le niveau de l'offre a été maintenu en Île-de-France.

M. Claude Evin. Le nombre de centres a diminué en raison de la fermeture de maternités privées mais la capacité de prise en charge des IVG a augmenté dans certains hôpitaux comme Saint-Louis et Aulnay-sous-Bois. À Saint-Denis, le centre médical de la femme, Artémis, a ouvert en septembre. Les capacités d'accueil ont été maintenues en Île-de-France.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteure. Vos statistiques indiquent que près d'une femme sur quatre réalise son IVG hors établissement de santé en Île-de-France. Où les réalisent-elles ?

Mme Anne-Gaëlle Daniel. Elles ont recours à une IVG médicamenteuse en ville. Grâce au Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO), nous avons pu déployer cette activité en ville qui est très importante mais encore centrée sur quelques départements.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteure. L'ARS favorise ce type d'IVG ?

Mme Anne-Gaëlle Daniel. Oui, nous finançons ce réseau de santé.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteure. Nous voulons que les femmes aient vraiment le choix, c'est-à-dire qu'elles disposent de l'information nécessaire pour se déterminer. Il ne faudrait pas qu'il y ait une orientation systématique vers l'IVG médicamenteuse.

Mme Anne-Gaëlle Daniel. Ce n'est pas le cas. Nous avons aussi repositionné les établissements sur les IVG instrumentales qu'ils sont les seuls aujourd'hui à pouvoir pratiquer, et nous nous adapterons aux décisions de Mme la ministre concernant la possibilité pour les centres de santé de réaliser des IVG instrumentales sous anesthésie locale.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteure. Hier, je l'ai interrogée sur la place des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) dans le dispositif. Elle m'a indiqué qu'ils ne pourraient pratiquer des IVG instrumentales que sous réserve de se conformer au cahier des charges défini par la Haute Autorité de santé. Quoi qu'il en soit, nous allons proposer des amendements en ce sens.

Mme Anne-Gaëlle Daniel. Cette ouverture aux CPEF nous permettrait d'avoir plus de candidats. Nous allons profiter de l'occasion pour mettre en place un programme de formation ville-hôpital sur l'IVG instrumentale sous anesthésie locale, qui est insuffisamment pratiquée dans les établissements de santé alors qu'elle peut convenir aux femmes, compte tenu de sa rapidité.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteure. Quelles sont les réticences qui empêchent un recours plus large à cette méthode ?

Mme Anne-Gaëlle Daniel. Les professionnels connaissent mal les conditions techniques nécessaires à sa réalisation : très peu de médecins savent qu'elle peut se pratiquer en salle blanche. Il faut former et rassurer pour lever les difficultés d'organisation liées à l'accès au bloc et à la mobilisation des anesthésistes. Il faut garder la possibilité de pratiquer des IVG sous anesthésie générale mais, quand elle se passe dans de bonnes conditions, l'anesthésie locale présente beaucoup d'avantages pour les femmes : elles ressentent peu de douleurs et ressortent très rapidement.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteure. Nous nous intéressons aussi au Programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) qui a été mis en place dans le cadre de conventions avec des hôpitaux. En général, les femmes redoutent de se retrouver seules trop rapidement et sans accompagnement. L'ARS d'Île-de-France applique-t-elle ce programme ?

M. Claude Evin. L'assurance maladie, qui cherche à réduire la durée moyenne de séjour en institution, a créé ces programmes PRADO dans trois domaines : la naissance, la chirurgie orthopédique et certaines interventions en cardiologie. La prise en charge sécurisée à domicile doit être développée car son intérêt dépasse le seul aspect économique. Je n'ai pas de chiffres concernant l'application de PRADO en Île-de-France. Nous nous préoccupons naturellement du suivi du patient qui sort de l'hôpital et de la femme qui sort de la maternité, en prenant en compte l'ensemble de leurs besoins qu'ils soient sanitaires, sociaux ou liés à la fourniture de services.

La maternité de Saint-Denis, qui a une démarche assez originale en matière de suivi post-natal, a mis en place des accompagnements à domicile par du personnel hospitalier, hors programme PRADO. Cette maternité dynamique s'adapte à son environnement social.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Après l'accouchement, les mères ont envie de rentrer chez elles tout en ressentant des angoisses, quand ce n'est pas un *baby blues*. Le suivi doit prendre en compte les inégalités sociales et territoriales.

Dans le cadre de précédents travaux à l'Assemblée nationale, je m'étais étonnée de la tendance à dépister la surdité des enfants dès la maternité et à les appareiller précocement. On m'avait alors rétorqué qu'il fallait procéder de cette manière parce que certains enfants « disparaissaient », c'est-à-dire qu'ils n'étaient plus suivis dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI) ou autres. Constatez-vous que certaines familles ne suivent pas du tout le parcours prévu, passant par les vaccinations et les visites médicales obligatoires ?

M. Claude Evin. Nous n'avons pas de statistiques générales mais, dans le cadre du programme de réduction de la mortalité infantile (REMI) en Seine-Saint-Denis, nous nous sommes penchés sur cette question. En partenariat avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), nous avons réalisé des études assez approfondies et sophistiquées, en nous intéressant tant au suivi de la grossesse qu'au retour de la maternité.

Mme Anne-Gaëlle Daniel. Les études menées en Seine-Saint-Denis avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) portent essentiellement sur l'activité libérale car les centres de PMI ne télétransmettent pas leurs données. Il peut y avoir des enfants non suivis. Nous travaillons beaucoup avec les réseaux de santé en périnatalité sur les territoires, afin d'encadrer les retours de maternité. Ces réseaux coopèrent avec les CPAM et les sages-femmes libérales dont ils soutiennent l'installation pour pallier les inégalités territoriales.

Si l'accompagnement est bien fait, les centres de PMI peuvent prendre le relais. À Saint-Denis, nous avons créé le dispositif « sortie accompagnée » parce que les services de la PMI ont parfois du mal en entrant au domicile de certaines familles. Les parents ouvriront plus facilement leur porte à une personne rencontrée à la maternité, laquelle pourra introduire le professionnel de la PMI.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Les personnels de la PMI vont dans les familles ?

Mme Anne-Gaëlle Daniel. Oui, c'est la spécificité des PMI, notamment en Seine-Saint-Denis où des moyens importants y sont consacrés. Les sages-femmes de la PMI vont au domicile pendant la grossesse et les puéricultrices prennent le relais après l'accouchement. Les services de la PMI reçoivent les certificats de santé délivrés à la sortie de maternité et ils peuvent proposer des visites aux familles, en fonction de facteurs de risques prédéterminés,

des moyens dont ils disposent et des priorités qu'ils ont établies. Les propositions de visite se font sur la base de ces indicateurs sociaux et médicaux, mais les familles sont libres de les refuser.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Les services de la PMI s'occupent-ils de la santé des femmes, et pas seulement au moment où elles sont mères ?

Mme Maud Olivier. Pour ma part, je voudrais revenir sur les fermetures de maternités. Dans l'Essonne, l'IGAS mène une enquête sur la maternité de Dourdan qui pourrait être fermée au profit de l'hôpital d'Étampes. Plus généralement, le rapport de la Cour des comptes estime que la question de la fermeture ne devrait pas se poser pour les maternités qui réalisent plus de 500 accouchements par an, dont fait partie celle de Dourdan. Qu'en pensez-vous, considérant les problématiques d'égalité et d'accès aux soins précédemment évoquées ? Le département de l'Essonne est très urbain au nord mais très rural au sud où est située la ville de Dourdan, ce qui implique une plus grande difficulté pour les femmes à se rendre dans une autre maternité.

M. Claude Evin. L'ARS d'Île-de-France n'a pas de position de principe sur le sujet. En ce qui concerne le cas que vous évoquez, je vous ferais observer que les sites de Dourdan et d'Étampes, qui sont à vingt-cinq minutes l'un de l'autre, ont fusionné dans un même établissement.

Le problème déterminant n'est pas la taille mais la démographie médicale, ce dont je me suis expliqué, y compris publiquement, avec les élus : la maternité est le dernier service de ce site à fonctionner vingt-quatre heures sur vingt-quatre ; elle ne parvient pas à recruter des anesthésistes permanents et elle doit recourir à des intérimaires, ce qui la fragilise.

Pour ma part, je considère que cette maternité n'est pas sûre. Fin 2013, un enfant y est mort. L'accident était lié au fait que l'organisation de la garde nocturne n'était pas sécurisée, ce qui m'a amené à suspendre l'activité. La réouverture a été autorisée en janvier 2014, mais la direction rencontre toujours de grandes difficultés à recruter des anesthésistes et il n'y a qu'un seul pédiatre pour assurer la garde. Imaginons qu'une nuit, il y ait à la fois un enfant en insuffisance respiratoire au service des urgences et un accouchement difficile...

C'est donc un problème de sécurité qui se pose. La maternité de Dourdan procède à 400 accouchements par an, tandis que celle d'Étampes en fait 1 000 à 1 100. Plus que la proximité, il faut rechercher la sécurité de la prise en charge qui implique évidemment une rapidité d'intervention si nécessaire. Depuis le mois de juillet 2014, cinquante-huit événements indésirables ont été recensés dans cette maternité, dont la moitié était liée à l'organisation : quand on a affaire à des intérimaires, les procédures ne sont pas respectées comme elles le sont avec du personnel permanent.

Mme Maud Olivier. C'est donc un problème de gestion des ressources humaines ?

M. Claude Evin. C'est un problème de recrutement d'anesthésistes. Certains refusent de se déplacer quand ils sont appelés car ils sont intérimaires.

Mme Maud Olivier. Il n'y a pas de déontologue ?

M. Claude Evin. D'une manière générale, l'organisation des soins est déterminée par la démographie médicale : il faut pouvoir constituer des équipes suffisamment étoffées

pour assurer les gardes. Ce n'est pas un problème de seuil d'activité mais d'organisation. Compte tenu de la concurrence qui existe entre les établissements, un anesthésiste pourra avoir des exigences élevées pour aller assurer des gardes à Dourdan et, en plus, il ne restera pas. J'espère que nous n'aurons pas de problème à la maternité de Dourdan.

Mme Maud Olivier. Ne s'agit-il pas de praticiens de l'hôpital public ?

M. Claude Evin. Ce ne sont pas des praticiens hospitaliers. Ils ont un diplôme d'anesthésiste et ils font des prestations en fonction de l'attrait des établissements.

Mme Maud Olivier. Il est très clair que, quelle que soit la spécialité, il y a pléthore de médecins dans le sud de la France et pénurie dans le Limousin ou d'autres régions sinistrées.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Nous en revenons à vos propos sur l'inégalité territoriale.

M. Claude Evin. Ces inégalités existent, y compris dans une région comme l'Île-de-France, même si les distances à parcourir sont beaucoup moins grandes qu'ailleurs.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. S'agissant d'inégalité sociale, les femmes peuvent renoncer à des soins pour cause de précarité, notamment quand elles sont âgées ou cheffes de famille monoparentale. J'espère que la généralisation du tiers payant sera maintenue dans la future loi, et que nous trouverons les moyens techniques de le faire sans complications.

En Île-de-France, il existe des centres de santé qui sont plutôt urbains. Est-ce lié à la démographie médicale précédemment évoquée ? Cette formule est intéressante dans les zones où il existe des difficultés d'accès aux soins, y compris en présence de médecins libéraux. Quelle est votre politique en la matière ? L'ARS donne-t-elle un agrément ? Combien existe-t-il de centres en Île-de-France ? Comment sont-ils financés ?

M. Claude Evin. Il y a environ 300 centres de santé en Île-de-France, dont certains sont exclusivement dentaires. Cette région a une vieille tradition en la matière, née sous l'influence des municipalités communistes de la couronne parisienne. Certains centres ont été créés et gérés directement par des mairies, tandis que d'autres ont été implantés par des mutuelles ou des associations.

Le projet de loi relatif à la santé contient une disposition sur l'habilitation à légiférer par ordonnance qui concerne les centres de santé. Depuis la loi de 2009, nous ne les agréons plus. Ils doivent nous transmettre leur projet médical et cela peut conduire à des situations difficiles lorsqu'un centre de santé ne respecte pas certains engagements. Nous sommes alors assez démunis car il faut vraiment démontrer que la prise en charge des patients est mise en danger pour obtenir une décision de fermeture qui, en plus, sera difficile à mettre en œuvre. L'ARS ne les finance pas, leur rémunération étant assurée dans le cadre d'une convention spécifique avec l'assurance maladie. Ils sont aussi soutenus par les collectivités quand ils ont du mal à faire face à leurs charges de secrétariat, de location de locaux et autres. Pour notre part, nous travaillons avec les gestionnaires de ces centres sur la recherche d'une meilleure efficacité.

Ces centres de santé ne sont qu'un mode d'exercice parmi d'autres et, en Île-de-France comme ailleurs, se sont développées des maisons de santé pluri-professionnelles. Leur

statut juridique est variable – société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) ou autres – mais elles regroupent des professionnels libéraux. Nous participons au financement de l'évaluation des besoins de soins et de l'organisation d'une nouvelle structure.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Les femmes apprécient ce mode d'installation qui leur permet de partager le travail et les gardes.

M. Claude Evin. En fait, c'est une aspiration des jeunes professionnels qui sont à la recherche d'une organisation qui leur permette de concilier leurs vies privée et professionnelle. En outre, avec la montée des maladies chroniques, les médecins généralistes sont de plus en plus confrontés à des situations complexes et ils ressentent davantage le besoin de travailler en équipe.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Existe-t-il une coordination des ARS ?

M. Claude Evin. Tous les mois, les ARS se réunissent pour une journée et demie de travail au ministère de la santé. Il existe des échanges entre les directeurs et les équipes des différentes ARS.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. Les ARS ont-elles étudié le projet de loi à venir ? Ont-elles des observations à faire ou des contributions à apporter ?

M. Claude Evin. Le collège des directeurs généraux d'ARS a été auditionné par plusieurs rapporteurs en novembre dernier car plusieurs sujets nous concernent directement.

M. Jacques Moignard. L'ARS d'Île-de-France est-elle un modèle ?

M. Claude Evin. Je ne suis pas le mieux placé pour répondre mais je peux rappeler que la région Île-de-France regroupe 18 % de la population française et qu'elle est plus grande que la Belgique ou que la Suisse. Nos moyens sont supérieurs à ceux dont peuvent disposer d'autres régions et notre capacité d'initiative se traduit dans les programmes évoqués au début de l'audition : FRIDA, « ivglesadresses », GPS santé. Cela étant, d'autres agences pilotent aussi des projets qui sont ensuite largement diffusés.

Mme la présidente Catherine Coutelle, corapporteuse. La ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes va demander aux autres ARS d'élaborer des plans pour l'accès à l'avortement dans chaque région, en s'appuyant sur des expériences régionales réussies telles que le programme FRIDA que vous avez lancé en Île-de-France.

Je pense que la loi doit donner cette mission aux ARS de manière explicite. Nous allons avoir une réforme territoriale, mais nous constatons que l'égalité entre les femmes et les hommes a plus de mal à se concrétiser dans les territoires. Chaque fois que nous le pourrons, nous intégrerons cet aspect dans la loi.

Je vous remercie de votre contribution précieuse à nos travaux.

La séance est levée à 17 heures 25.



Membres présents

Présents.- Mme Catherine Coutelle, Mme Virginie Duby-Muller, Mme Catherine Quéré.

Assistait également à la réunion.- Mme Véronique Massonneau.