



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

22 et 23 avril 2002

**PRISE EN CHARGE SANITAIRE
DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE
EN CHAMPAGNE-ARDENNE**

Madeleine FUR

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| 1 - INTRODUCTION..... | 1 |
| 2 - PROBLÈMATIQUE ET ENJEUX..... | 3 |
| 2.1 En France, plusieurs études pour un état des lieux..... | 3 |
| 2.1.1 Données quantitatives et socio-démographiques..... | 3 |
| 2.1.2 Motifs de recours à l'IVG..... | 5 |
| 2.1.3 Données relatives à la prise en charge des IVG et au fonctionnement des établissements (21, 37) | 5 |
| 2.2 Adaptation du dispositif gouvernemental en matière d'IVG et de contraception | 7 |
| 2.3 Contexte de l'IVG en Champagne-Ardenne | 11 |
| 2.3.1 Disparités démographiques et socio-économiques des départements de la région. | 11 |
| 2.3.2 L'accès aux centres de planification familiale et la permanence téléphonique régionale | 12 |
| 2.3.3 Caractéristiques de la demande d'IVG en Champagne-Ardenne | 13 |
| 2.3.4 Répartition des IVG au sein des établissements de santé de la région | 17 |
| 3 - OBJECTIFS, MATÉRIEL ET MÉTHODES DE L'ETUDE..... | 20 |
| 3.1 Objectifs | 20 |
| 3.2 Matériel | 20 |
| 3.3 Méthodes d'analyse..... | 21 |
| 3.3.1 Analyse descriptive..... | 21 |
| 3.3.2 Analyse des écarts entre pratiques hospitalières actuelles et références de l'ANAES | 22 |
| 4 - RÉSULTATS | 26 |
| 4.1 Qualité des données..... | 26 |
| 4.1.1 Exhaustivité de la déclaration au moyen des bulletins statistiques d'IVG..... | 26 |
| 4.1.2 Qualité de réponse à l'enquête | 27 |
| 4.2 Structures, locaux, personnel médical et paramédical..... | 28 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 4.3 | Accessibilité à l'IVG..... | 30 |
| 4.4 | Prise en charge technique de l'IVG | 33 |
| 4.4.1 | Un recrutement différent des secteurs publics et privés selon le terme des grossesses | 33 |
| 4.4.2 | Un faible taux de recours à l'IVG médicamenteuse..... | 34 |
| 4.4.3 | Peu d'anesthésie locale en cas d'IVG chirurgicale..... | 34 |
| 4.4.4 | Hospitalisation de plus de 12 heures pour une IVG sur cinq..... | 34 |
| 4.4.5 | Peu de complications déclarées | 35 |
| 4.4.6 | Examens complémentaires et lutte contre la douleur..... | 35 |
| 4.5 | Accompagnement des patientes | 37 |
| 4.6 | Analyse des écarts aux recommandations de l'ANAES | 40 |
| 4.7 | Priorités d'actions | 42 |
| 4.7.1 | Axes prioritaires d'amélioration de la prise en charge sanitaire des IVG | 42 |
| 4.7.2 | Autres axes d'amélioration..... | 43 |
| 4.7.3 | points positifs au regard des recommandations | 43 |
| 5 - | DISCUSSION..... | 44 |
| 5.1 | Discussion des matériels et méthodes | 44 |
| 5.1.1 | Les interruptions volontaires de grossesse sont sous-déclarées..... | 44 |
| 5.1.2 | L'enquête auprès des établissements de santé a été conduite selon deux modalités..... | 45 |
| 5.1.3 | A partir de données imprécises, des résultats relatifs. | 45 |
| 5.2 | Discussion des résultats..... | 46 |
| 5.2.1 | Projets de service | 46 |
| 5.2.2 | L'accessibilité à l'IVG | 46 |
| 5.2.3 | Prise en charge technique de l'IVG..... | 46 |
| 5.2.4 | Accompagnement..... | 47 |
| 5.3 | Discussion de l'objectif de l'étude | 48 |
| 6 - | PROPOSITIONS..... | 49 |
| 6.1 | organiser la prise en charge des IVG au plan régional..... | 49 |
| 6.1.1 | Assurer la continuité des soins, obligation de service public. (45)..... | 49 |
| 6.1.2 | Fixer des objectifs et inciter à l'élaboration de projets de service propre à l'IVG . | 50 |
| 6.2 | Développer les échanges professionnels..... | 51 |
| 6.3 | Renforcer certaines équipes hospitalières | 52 |
| 6.4 | Assurer le suivi épidémiologique des IVG et de leur prise en charge | 52 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 6.5 | Créer une instance de coordination régionale en matière d'IVG et de contraception..... | 54 |
| 6.6 | Propositions relatives à la prévention..... | 54 |
| 6.6.1 | Faire connaître la permanence téléphonique régionale : « Info contraception-IVG» | 54 |
| 6.6.2 | Associer les médecins généralistes à la prévention et la prise en charge | 56 |
| 6.6.3 | Mener des actions de prévention en faveur des jeunes | 56 |
| 6.6.4 | Coordination des acteurs | 59 |
| 6.7 | Rôle du médecin de santé publique | 59 |
| 6.7.1 | En DDASS..... | 59 |
| 6.7.2 | En DRASS..... | 60 |
| 7 - | CONCLUSION | 62 |

Liste des sigles utilisés

| | |
|--------|--|
| ANAES | Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé |
| ARH | Agence Régionale d'Hospitalisation |
| CH | Centre Hospitalier |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CRN | Commission Régionale de la Naissance |
| DDASS | Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| DRASS | Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| DRESS | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité |
| ETP | Equivalent Temps Plein |
| INED | Institut National d'Etudes Démographiques |
| INSERM | Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale |
| IVG | Interruption Volontaire de Grossesse |
| MISP | Médecin Inspecteur de Santé Publique |
| MST | Maladie Sexuellement Transmissible |
| SA | Semaine d'Aménorrhée |
| SAE | Statistique Annuelle des Etablissements de Santé |
| SROS | Schéma Régional d'Organisation Sanitaire |

1 - INTRODUCTION

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été autorisée en France par la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 dite « loi Veil » (1), rendue définitive après une période probatoire de 5 ans par la loi Pelletier du 31 décembre 1979 (2). Cette loi permet aux femmes qui s'estiment en situation de détresse d'interrompre une grossesse avant douze semaines d'aménorrhée. Depuis le 31 décembre 1982 (Loi Roudy), l'IVG est remboursée par la sécurité sociale.

Parallèlement, la contraception a été autorisée, sous certaines conditions, par la loi Neuwirth du 28 décembre 1967, loi modifiée en décembre 1974 avec remboursement de la contraception par la sécurité sociale et gratuité de celle-ci dans les centres de planification agréés pour les mineures et les non assurés sociaux qui désirent garder le secret.

La légalisation de l'avortement répondait à une préoccupation de santé publique avec pour objectif primordial de faire disparaître les conséquences dramatiques des avortements clandestins (23). Si le nombre de décès, estimés à 332 en 1963, est inférieur à deux par an ces dernières années, l'IVG demeure toutefois sujet d'actualité en santé publique : alors que le recours aux méthodes contraceptives n'a cessé de croître depuis les années 1970 (80% des femmes de 18 à 44 ans utilisent soit la pilule soit le stérilet) le recours à l'IVG est resté stable depuis 20 ans. En cas d'échec de la contraception, une femme sur deux a aujourd'hui recours à l'IVG et en 1998, 214 000 femmes ont été concernées soit une IVG pour trois naissances. (21, 40). Il reste donc nécessaire de s'interroger sur les conditions d'accès à la contraception et à l'IVG.

En février 1999, un rapport (21) concernant les conditions d'accès et les pratiques de l'IVG en France a été rendu au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action sociale. Vingt cinq ans après l'instauration de la loi, il met en évidence les difficultés rencontrées par les femmes mais aussi les équipes professionnelles concernées.

Madame Aubry, alors Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, a donc chargé les commissions régionales de la naissance (CRN), d'une mission spécifique (8) : créées en janvier 1999 pour contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique périnatale de la région (6), les CRN doivent aussi recenser à l'échelle de leur région, les difficultés d'accès à la contraception et à l'IVG et proposer les mesures pour y remédier. Pour mener à bien cette mission, ces instances doivent s'appuyer sur les informations fournies par les DRASS et DDASS, données quantitatives mais aussi qualitatives et relatives au fonctionnement des établissements publics et privés de santé réalisant des IVG.

La CRN de Champagne-Ardenne a ainsi souhaité engager une réflexion sur le thème de la maîtrise de la fécondité et disposer d'un état des lieux relatif à l'IVG dans la région afin d'engager les actions propres à la résolution des problèmes constatés.

Cette nécessité d'action se trouve aujourd'hui renforcé par la promulgation, le 4 juillet 2001, de la loi n° 2001-588 relative à la contraception et à l'IVG (4), renouvelant les lois de 1975 et 1979 et allongeant le délai légal de recours à l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée.

Les différents aspects de l'interruption volontaire de grossesse ont été en France, objet d'étude et d'investigation : difficultés rencontrées par les femmes, dysfonctionnements des services hospitaliers, prévention, spécificités chez les adolescentes...

Parmi ces thèmes, ce mémoire s'intéresse plus particulièrement à la prise en charge de l'IVG au sein des établissements de santé en Champagne Ardenne à la lumière d'un ensemble de recommandations publiées par l'ANAES en mars 2001 et relatives à ces interventions jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée. (13)

Afin d'établir un diagnostic des modalités actuelles de prise en charge et dégager des axes prioritaires d'amélioration, une enquête a été réalisée en 2001 auprès de tous les établissements de santé champardennais concernés par cette activité parallèlement à l'étude des bulletins statistiques d'interruption de grossesse transmis à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales par ces mêmes établissements.

Ainsi, après avoir examiné les résultats de travaux nationaux puis les dispositions réglementaires qui en ont découlé, seront présentés le contexte de l'IVG en Champagne-Ardenne puis les matériels et méthodes utilisés pour définir les axes d'amélioration prioritaires. Les résultats seront discutés avant d'aboutir à des propositions. L'ensemble des informations recueillies auprès des divers interlocuteurs rencontrés dans le cadre de cette étude sera alors pris en considération, dépassant le cadre de la prise en charge sanitaire. En tenant compte des spécificités régionales, le domaine de la prévention sera abordé ainsi que la place du Médecin inspecteur de santé publique

2 - PROBLEMATIQUE ET ENJEUX

2.1 EN FRANCE, PLUSIEURS ETUDES POUR UN ETAT DES LIEUX

Vingt cinq ans après la loi « Veil », un certain nombre d'études et enquêtes ont dressé un état des lieux de l'IVG en France. Ce sont notamment :

- Le rapport du Professeur Nisand paru en février 1999 : « l'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes » (21).
- Le rapport du professeur Uzan de novembre 1998 « La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes » (23)
- Une enquête de l'INSERM sur les grossesses interrompues, non prévues ou évitées (enquête Gine) dont les premiers résultats sont parus en octobre 2000. (19)
- Les enquêtes réalisées à la demande du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité par l'Institut d'Etudes Démographiques de l'Université de Bordeaux sur l'accessibilité aux services pratiquant les IVG en période estivale.

Ainsi ont été mises en évidence, d'une part des données quantitatives et socio-démographiques sur les femmes ayant recours à l'IVG, d'autre part des données relatives au fonctionnement des établissements de santé et à la prise en charge des IVG.

2.1.1 Données quantitatives et socio-démographiques.

Des données quantitatives approximatives

Le nombre d'IVG réalisées en France peut être approché à partir des bulletins statistiques d'interruption de grossesse, bulletins anonymes et individuels complétés à chaque intervention et adressés par les établissements aux médecins inspecteurs régionaux des DRASS qui les transmettent au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité en vue de l'exploitation nationale des données. L'INED (pour les données démographiques) et l'INSERM (pour les données médicales) sont chargé de l'analyse de ces bulletins. (1)

Les chiffres obtenus peuvent être comparés à ceux des statistiques annuelles d'activité (SAE) des établissements de santé qui recensent les IVG facturées au forfait par l'Assurance Maladie. Ce rapprochement permet d'évaluer la sous déclaration des IVG à 12 % pour l'ensemble de la France avec d'importantes variations selon les régions. (20,21)

Afin d'éviter la spécialisation de certaines structures privées, la loi « Veil » prévoyait que les cliniques ne pouvaient réaliser un nombre d'IVG supérieur au quart de leurs actes

chirurgicaux et obstétricaux et cette disposition a conduit certains médecins à comptabiliser les IVG sous d'autres nomenclatures (curetage pour fausse couche par exemple).

Enfin, le nombre de femmes devant se rendre à l'étranger pour avorter à la suite du dépassement du délai légal a été estimé en 1999 à 5000 par an. (estimations à partir des informations du Mouvement Français du Planning Familial citées dans le rapport Nisand)

Un nombre d'IVG globalement en baisse depuis 20 ans mais avec une modification du comportement des jeunes femmes (21, 25, 35, 37, 40)

En 1994, on estime, en tenant compte de cette sous déclaration, à 220 000 le nombre d'IVG réalisées soit une IVG pour trois naissances. En 1998, 214 000 IVG ont été pratiquées soit 6% de plus qu'en 1990 (37). Le nombre d'IVG qui avait légèrement diminué de 1990 à 1995 a augmenté à deux reprises en 1996 et 1998. Depuis 1996, la remontée du nombre des IVG est liée à une nette progression chez les femmes âgées de 15 à 24 ans. Dans le même temps, le taux d'IVG pour 1000 femmes en âge de procréer (femmes âgées de 15 à 49 ans) est passé de 13,6 en 1990 à 13,3 en 1997. En fait, ce taux stable après 25 ans, a augmenté pour les jeunes et les très jeunes femmes (la plus forte augmentation est le fait des 18-19 ans passant de 15 à 19 pour mille)

Chez les mineures, si le nombre de grossesses a diminué de 36% entre 1980 et 1997, (passant de 20 700 à 13 100), le nombre annuel d'IVG a stagné entre 8 000 et 10 600 soit 5 à 6 % du total des IVG (34). On peut donc conclure que si les grossesses sont moins fréquentes chez les adolescentes, elles aboutissent plus souvent à une IVG (35, 41, 43).

Des risques d'IVG itératives

Or le Professeur Nisand insiste sur le fait que la probabilité de subir un avortement supplémentaire augmente avec le nombre d'avortements déjà subi et avec l'âge lors du premier avortement. Les mineures constituent donc un groupe épidémiologique à risque de recours répété à l'IVG (risque majoré si la première IVG a lieu avant 20 ans) (21,23)

La proportion de femmes aux antécédents d'IVG a augmenté régulièrement entre 1976 et 1995, la tendance s'est atténuée ensuite. En 1993, 18 % des femmes avaient déjà eu une IVG et 5% au moins deux. (37,38)

Cependant cinq fois sur six, le recours à l'IVG est unique et accidentel : l'IVG n'est donc pas et n'est pas considéré comme moyen de contraception. Les femmes de toutes catégories

socioprofessionnelles sont concernées. Toutefois, il s'agit plus souvent de femmes seules ou au chômage. (21)

2.1.2 Motifs de recours à l'IVG

Sont invoqués : grossesses rapprochées, état de santé déficient, instabilité financière, instabilité du couple, chômage, difficultés de logement. (19, 21, 23, 28, 47, 56)

Si l'on définit l'absence de contraception comme l'absence de contraception dans les trois mois qui précèdent l'IVG, l'étude du Professeur UZAN trouvait 71% d'adolescentes dans ce cas lors de la demande d'IVG. Par comparaison, chez les adultes, seules 20% des demandes émanent de femmes sans contraception (23)

Pour le Professeur Nisand, la motivation des utilisatrices conditionne l'efficacité de la contraception et « prime sur la technique... L'avortement reste bien l'expression d'une contradiction entre le désir des femmes et les réalités sociales économiques et familiales. » (21)

Le rapport GINE (19) souligne que les échecs de la contraception sont loin d'être tous évitables : l'inadéquation de la méthode contraceptive utilisée avec les conditions de vie mais aussi la situation affective et sexuelle de la femme est parfois source d'échec. L'offre doit donc être diversifiée pour permettre à chacune de choisir la méthode adaptée à son mode de vie et à sa sexualité. Comme le souligne le rapport du Haut Comité de la Santé Publique de janvier 2002, (17) « c'est la pratique *régulière* de la contraception qui pose question. » Au delà des inégalités sociales, du manque d'information des femmes ou de formation des médecins, subsistent des facteurs culturels et sociaux, entraves à une sexualité féminine épanouie et obstacles à l'accès à l'information et à la bonne pratique de la contraception.

2.1.3 Données relatives à la prise en charge des IVG et au fonctionnement des établissements (21, 37)

Une activité concentrée sur un faible nombre d'établissements

Le nombre d'établissement de santé réalisant les IVG est variable selon les régions de même que leur répartition entre secteurs public et privé.

En 1998, en France, 857 établissements pratiquaient les IVG dont 449 publics et 408 privés.

Si 87 % des établissements publics participent à cette activité et assurent les 2/3 des actes, ceux-ci sont concentrés sur un petit nombre d'établissements : 20 établissements les plus

actifs réalisent à eux seuls 20% des IVG et 55% des IVG sont réalisées dans les structures effectuant plus de 400 avortements par an.

Des carences dans les hôpitaux publics

Les carences du secteur public amènent alors les femmes à s'adresser au secteur privé où les délais d'attente sont moins longs. Les difficultés d'accès à l'IVG sont accrues en période estivale par fermeture de certains centres.

L'activité IVG est une activité dévalorisée et marginalisée au sein des services de gynécologie-obstétrique des hôpitaux publics où elle n'est pas considérée comme une mission à part entière (45). Elle est souvent confiée à des médecins vacataires ou à de jeunes médecins et de nombreux établissements doivent faire face à des difficultés de recrutement de personnel médical ou paramédical

Les femmes n'ont le choix ni de la méthode d'intervention, ni de celui du mode d'anesthésie. (21) (Annexe I)

Le taux de recours à l'IVG médicamenteuse est passé de 14% en 1991 à 22 % en 1997 et 28% en 2000 (15) Ceci paraît faible puisque 40% des IVG ont lieu avant 49 jours d'aménorrhée. De fortes disparités existent selon les régions et les structures. Cette méthode est moins souvent proposée dans les structures privées où le terme des grossesses est pourtant souvent inférieur à celui observé dans le secteur public car les délais d'attente y sont moins longs

Le taux de recours à l'anesthésie locale, également variable selon les régions et les structures, était de 26 % en 1997. (4% en 1976)

Selon le rapport Nisand (21) « une pratique exclusive de l'anesthésie générale ou de la méthode chirurgicale dans un centre signe son mauvais fonctionnement. Il semble normal que les indications respectives soient pesées avec les patientes dans le cadre du consentement éclairé comme c'est le cas pour tous les autres actes médicaux »

D'autres dysfonctionnements sont cités :

Refus de certains praticiens de pratiquer des IVG itératives, accueil culpabilisant pour les femmes, informations erronées, délai de rendez-vous trop longs entraînant un dépassement des délais légaux, trop grand nombre d'échographies réalisées pour une seule IVG...

2.2 ADAPTATION DU DISPOSITIF GOUVERNEMENTAL EN MATIERE D'IVG ET DE CONTRACEPTION

L'ensemble des constats présentés ci dessus à conduit à un certain nombre de mesures gouvernementales:

- Adaptation des missions des Commissions Régionales de la Naissance (CRN) chargées par la circulaire du 17 novembre 1999 de recenser et remédier aux difficultés d'accès à la contraception et à l'IVG. Cette circulaire complète l'arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux CRN et prévoit la désignation de deux représentants d'association œuvrant l'une dans le domaine de la contraception, l'autre dans le domaine de l'IVG. S'appuyant sur les données quantitatives et qualitatives fournies par les DDASS et les DRASS, la CRN doit établir un bilan assorti de préconisations et intégré dans son rapport annuel. (6,8)
- Lancement d'une campagne nationale d'information sur la contraception en janvier 2000. (9)
- Promulgation de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence (3) : le Norlevo® ou « pilule du lendemain » peut être délivrée sans ordonnance et pourra être administrée tant aux mineures qu'aux majeures par les infirmières en milieu scolaire. Il s'agit du seul contraceptif accessible à ce jour sans prescription médicale. (24,50)
- Mise en place à titre expérimental durant l'été 2000 de permanences téléphoniques régionales afin de garantir la continuité du service public en période estivale, puis pérennisation de ces permanences (10, 11)
- Etude de la continuité estivale du service public menée en août 2000 par l'Institut Démographique Universitaire de Bordeaux et renouvelée en 2001. (10, 11)
- A la suite de ces mesures, est intervenue en juillet 2001, la promulgation de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception dont les principales dispositions se trouvent résumées dans le tableau ci-après (4)

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception

Principales dispositions

- Allongement du délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse (soit 14 SA)
- Proposition et non plus obligation pour les femmes majeures d'une consultation auprès d'une personne qualifiée en conseil conjugal. Pour les femmes mineures, cette consultation préalable reste obligatoire et doit donner lieu à la délivrance d'une attestation de consultation. Après l'intervention, une deuxième consultation est obligatoirement proposée afin d'informer sur la contraception
- Pour les mineures, en cas d'impossibilité d'obtention du consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal, l'IVG peut être pratiquée à la demande de l'intéressée qui se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix
-
- Suppression des sanctions pénales associées à la propagande et à la publicité pour l'IVG
-
- Le chef de service d'un établissement public de santé ne peut s'opposer à ce que des IVG soient effectuées dans son service même s'il conserve le droit de ne pas les pratiquer lui-même. (clause de conscience)
- Une information et une éducation à la sexualité doivent être dispensées à raison de trois séances annuelles dans les écoles, collèges et lycées. Elles pourront associer personnel de santé scolaire et intervenants extérieurs
- Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal n'est plus obligatoire pour prescrire, délivrer ou administrer des contraceptifs aux mineures.
- La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive peut être pratiquée sur une personne majeure exprimant une volonté libre, motivée et délibérée. Un délai de réflexion de quatre mois doit être respecté et l'intervention ne peut être pratiquée que dans un établissement de santé. Des dispositions spécifiques s'appliquent aux personnes majeures sous tutelle ou curatelle.

En prévision de cette loi, allongeant le délai légal de l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée, l'Agence Nationale de l'Accréditation et Evaluation en Santé (ANAES) a publié dès mars 2001, un ensemble de recommandations relatives à la prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (13)

**Recommandations de l'Agence Nationale de l'Accréditation et l'Evaluation en Santé
pour la prise en charge de l'IVG jusque 14 semaines d'aménorrhée**

I Structures de prise en charge des IVG

- En nombre suffisant dans chaque département pour un accueil rapide, sans interruption, toute l'année.
- Au-delà de 12 semaines d'aménorrhée, nécessité de structures disposant d'un plateau technique chirurgical. Elles doivent être connues de tous les centres d'accueil des IVG.
- Un échographe avec sonde vaginale par centre IVG
- l'activité IVG doit entrer dans le cadre d'un projet de service et le personnel doit bénéficier d'une formation spécifique.

II Accueil

- Obtention d'un rendez-vous de consultation dans les 5 jours qui suivent l'appel.
- Présence d'une ligne téléphonique spécifique et dédiée à cette activité au sein de chaque structure de prise en charge des IVG.
- Accueil et secrétariat signalés précisément à l'entrée et à l'intérieur de l'établissement de soins
- L'IVG se réalise en ambulatoire (hospitalisation inférieure à 12 heures)

III Consultation pré-IVG

- Doit apporter des informations claires sur le choix de la méthode, de l'anesthésie et le temps de réflexion. Mise à disposition de documents écrits. Le choix du type d'anesthésie revient à la patiente. En cas de recours à l'anesthésie générale, elle doit répondre aux exigences du décret 94-1050 du 5 décembre 1994.
- Proposition systématique d'un entretien d'écoute et de soutien auprès de professionnels qualifiés.
- Selon le contexte, proposition de dépistage des maladies sexuellement transmissibles (dont VIH) et de frottis cervicaux de dépistage.
- Le mode de contraception ultérieur est abordé en essayant de comprendre échec ou absence de contraception.

- Une procédure d'urgence doit s'appliquer aux femmes entre 12 et 14 SA. Elle réduit le délai de réflexion

IV Suites de l'IVG

- La contraception peut être débutée dès le lendemain de l'IVG
- Remise d'une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG avec numéro de téléphone d'urgence.
- Visite de contrôle à prévoir entre le 14^o et 21^o jour post IVG
- Vérification de la compréhension et de la bonne utilisation de la contraception.
- Proposition d'un accompagnement psychologique.

V Evaluation

Les IVG doivent être déclarées. Un recueil national des données doit permettre surveillance épidémiologique et évaluation des pratiques. Les informations doivent être rapidement accessibles aux professionnels.

VI Les techniques d'IVG en fonction de l'âge gestationnel

- Jusqu'à 7 semaines révolues, technique médicale et chirurgicale sont utilisables selon le choix de la patiente. La technique médicale est utilisable à domicile sous réserve de certaines précautions notamment :
 - ⇒ Temps de trajet entre le domicile et le centre hospitalier référent n'excédant pas une heure,
 - ⇒ Choix de la patiente du lieu de l'IVG. A domicile nécessité d'être accompagnée par un proche.
 - ⇒ Evaluation médico-psychosociale des patientes éligibles à ce mode d'IVG.
 - ⇒ Précautions d'information en particulier en cas d'hémorragie et insister sur la nécessité de la visite de contrôle
- 8^o et 9^o SA : les deux techniques sont utilisables selon le choix de la patiente. La technique chirurgicale est la technique de choix. La technique médicale doit être utilisée en milieu hospitalier.
- De la 10^o à la 12^o SA, la technique chirurgicale est la technique de choix.
- 13^o et 14^o SA, la technique chirurgicale est la technique de choix. Cette technique requiert une formation spécifique

2.3 CONTEXTE DE L'IVG EN CHAMPAGNE-ARDENNE

Les différents constats établis au plan national insistent sur l'existence de fortes disparités régionales d'où l'intérêt, pour chacune des régions françaises, d'établir par l'intermédiaire des Commissions Régionales de la Naissance, son propre diagnostic afin d'apporter des solutions spécifiques aux problèmes rencontrés.

L'intérêt d'un état des lieux régional se trouve renforcé par :

- la promulgation de la loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception et à l'IVG (4) confirmant la politique nationale de santé en faveur d'une meilleure maîtrise de leur fécondité par les femmes
- l'élaboration par l'ANAES, au travers de ses recommandations, d'un référentiel relatif à la prise en charge sanitaire de l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée.(13)

Les évolutions souhaitables doivent permettre l'application des dispositions voulues par le législateur et apporter aux usagers la qualité de service et de prise en charge à laquelle ils ont droit.

Avant d'aborder les caractéristiques de la prise en charge sanitaire des IVG en Champagne-Ardenne seront au préalable envisagés :

- les disparités démographiques et socio-économiques infra régionales
- l'accès aux centres de planification familiale et la permanence téléphonique régionale
- les caractéristiques des demandes d'IVG à partir de l'analyse des bulletins statistiques d'interruption de grossesse transmis par les établissements de santé à la DRASS durant l'année 2000 (Annexe V)
- la répartition des IVG dans les établissements de santé de la région.

2.3.1 Disparités démographiques et socio-économiques des départements de la région.

Au plan démographique, (16) la Champagne Ardenne se situe au 18^o rang des régions françaises et compte, au dernier recensement, 1 342 363 habitants. Depuis 1990, elle a perdu 5500 habitants en raison d'un solde migratoire fortement négatif alors que le taux de natalité (12,5 pour 1000 en 1999) reste proche du taux national (12,7 pour 1000 en 1999) La densité de population en 1999 s'élève à 52 habitants au km² contre 108 pour l'ensemble de la France.

Cependant, la situation est contrastée selon les départements (16):

- La Marne représente plus de 40 % de la population de Champagne-Ardenne (565 000 habitants), avec une densité de 69 habitants au km². Cette population continue de croître légèrement et demeure plus jeune que la moyenne régionale.
- Avec un peu moins de 300 000 habitants, l'Aube et les Ardennes comptent respectivement 49 et 55 habitants au km². Cependant l'Aube présente une croissance démographique moindre que la Marne alors que les Ardennes accusent une baisse de population en lien avec un taux de migration élevé conséquence de la dégradation de la situation économique du département
- La Haute-Marne avec moins de 200 000 habitants et une densité de population de 31 habitants au km² est le département le moins peuplé, celui du plus fort taux de migration et de l'accroissement naturel le plus faible de la région.

Au plan socio-économique, la Champagne-Ardenne se situe au 4^o rang des régions françaises pour le Produit Intérieur Brut par habitant. La situation n'est cependant pas homogène avec, au 4^o trimestre 1999, des taux de chômage de 13,5 pour les Ardennes, 10,5 pour l'Aube, 9,4 pour la Marne et 8,8 pour la haute Marne alors que le taux national était de 10,6.

La population est moins qualifiée avec une proportion de non diplômés plus élevée en Champagne Ardenne que dans le reste de la France. La proportion de personnes ayant une formation technique courte est supérieure à la moyenne nationale. La population active comprend 37 % d'ouvriers (3^o région française comportant le plus d'ouvriers) et une faible proportion de cadres plaçant la Champagne-Ardenne à l'avant-dernier rang des régions françaises pour l'encadrement.

2.3.2 L'accès aux centres de planification familiale et la permanence téléphonique régionale

Au nombre de 15 pour l'ensemble de la région, les centres de planification familiale sont situés dans les principales villes de chacun des départements (Annexe IV). Les horaires d'ouverture limités de certains d'entre eux posent un problème d'accessibilité notamment aux populations rurales des Ardennes et de la Haute Marne.

La permanence téléphonique régionale, (10) relais d'information en matière de contraception et d'IVG a été mise en œuvre au cours de l'été 2000 et son organisation confiée par la DRASS à la Délégation Régionale aux Droits des Femmes. Le nombre d'appels au cours des dix-huit premiers mois de fonctionnement a été compris entre 10 et 15 par mois, faute de campagne d'information suffisante pour en faire connaître l'existence. Le coût d'un appel est de 0,12 euros la minute(soit 0,79 francs)

2.3.3 Caractéristiques de la demande d'IVG en Champagne-Ardenne

Deux sources principales de données ont été utilisées pour approcher les caractéristiques de la demande d'IVG :

- Les bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse.
- Les statistiques d'activités des établissements de santé (SAE)

Les bulletins statistiques d'interruption volontaire de la grossesse (Annexe V)

La loi impose aux établissements de santé agréés d'établir, pour chaque intervention, un bulletin statistique anonyme et individuel transmis au médecin inspecteur régional à la DRASS puis transmis à la DRESS et à l'INED. L'INED est chargé de l'exploitation démographique des données et de la publication annuelle des statistiques de l'avortement en France. La dernière publication date de 1996.

Aussi, afin d'apporter les informations souhaitées par la CRN en Champagne-Ardenne, le service études et statistiques et l'inspection régionale de la santé de la DRASS de Champagne Ardenne ont exploité en juillet 2001, les 2 923 bulletins statistiques d'IVG transmis par les établissements de santé au titre de l'année 2000.

Concernant la demande d'IVG, les bulletins permettent le recueil :

- d'informations socio-démographiques (âge, situation de famille, catégorie socioprofessionnelle...)
- d'informations médicales relatives aux antécédents obstétricaux et à la grossesse en cours.

Les interruptions de grossesse pour motif médical c'est à dire avec un risque pour la femme ou pour l'enfant à naître ont été exclues de l'étude, soit 56 interventions (le même bulletin statistique de déclaration doit être établi)

Les statistiques d'activité des établissements de santé

Ces statistiques, établies par les établissements tant publics que privés concernent toutes les IVG facturées au forfait par l'Assurance Maladie. Les données sont uniquement quantitatives et peuvent être rapprochées du nombre de bulletins statistiques de déclaration pour une année donnée : la collecte des bulletins n'est en effet pas exhaustive et la comparaison avec les SAE permet d'apprécier en partie la sous déclaration des IVG.

Un nombre d'IVG stable depuis 10 ans (Annexe I)

L'analyse des statistiques d'activité des établissements champardennais de 1990 à 1999 révèle la stabilité du nombre des IVG de l'ordre de 3 300 par an. On note cependant une tendance à l'augmentation de l'ordre de 5 IVG par an sur 10 ans dans les départements des Ardennes (où la population décroît) et de l'Aube. Par contre la tendance est à la baisse de 7 par an dans la Marne et de 5 par an en Haute-Marne.

La diminution du nombre des naissances (moins 8% entre 1990 et 1999) conduit à un accroissement du nombre des IVG pour 100 naissances, sous l'influence des Ardennes et de l'Aube alors que ces taux restent stables dans la Marne et la Haute-Marne.

Tableau1 : Indicateurs démographiques 1999 - Sources INSEE et DRASS Champagne Ardenne

| | Femmes de 15 à 49 ans | Naissances | Taux de Natalité | Taux de fécondité | Nombre d'IVG | Taux d'IVG pour 1000 femmes | % IVG/naissances |
|---------------------|-----------------------|---------------|------------------|-------------------|--------------|-----------------------------|------------------|
| Ardennes | 69 068 | 3 697 | 12,7 | 53,5 | 687 | 9,9 | 18,6 |
| Aube | 69 638 | 3 497 | 12,0 | 50,2 | 745 | 10,7 | 21,3 |
| Marne | 146 691 | 7 238 | 12,8 | 49,3 | 1 421 | 9,7 | 19,6 |
| Haute-Marne | 44 695 | 2 300 | 11,8 | 51,5 | 457 | 10,2 | 19,9 |
| total REGION | 330 092 | 16 732 | 12,5 | 50,7 | 3 310 | 10,0 | 19,8 |

Au total pour l'ensemble de la région, on dénombre 10 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans et 1 IVG pour 5 naissances.

Répartition des IVG selon l'âge

D'après les bulletins statistiques d'interruption de grossesse de l'année 2000, 92 % des femmes ayant eu recours à l'IVG dans les établissements de Champagne Ardenne habitent la région. (Le département de résidence n'est pas précisé dans 5% des bulletins)

Il est donc possible d'établir, selon le département de domicile, la répartition par âge des femmes ayant avorté en 2000. Le tableau ci-après exprime cette répartition en pourcentage.

| Classe d'âge | Ardennes | Aube | Marne | Haute-Marne | Total Région |
|----------------|------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| < 18 ans | 6,7 | 4,7 | 5,6 | 9,2 | 6,1 |
| 18 à19 ans | 8,2 | 9,0 | 9,7 | 6,0 | 8,7 |
| 20 à24 ans | 20,1 | 20,9 | 26,9 | 23,4 | 23,7 |
| 25 à29 ans | 21,2 | 21,9 | 22,1 | 21,7 | 21,8 |
| 30 à34 ans | 18,0 | 19,6 | 16,5 | 15,4 | 17,3 |
| 35 à39 ans | 16,8 | 15,3 | 13,5 | 16,1 | 15,0 |
| 40 à44 ans | 8,6 | 7,5 | 5,5 | 7,6 | 6,9 |
| 45 ans et plus | 0,4 | 1,2 | 0,2 | 0,7 | 0,5 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Tableau 2 : Répartition des IVG selon les classes d'âge et par département en 2000 en Champagne-Ardenne

Au plan régional, 38% des IVG de l'an 2000 ont été réalisées pour les jeunes femmes de moins de 25 ans et 38% pour les femmes de 25 à34 ans.

En 2000, pour l'ensemble de la région, 174 IVG concernant des mineures ont été déclarées soit 6% des femmes prises en charge par les établissements de santé. Ce pourcentage est identique à celui observé par l'INED en 1996 pour l'ensemble de la France et la Champagne-Ardenne. Cette proportion de mineures paraît plus élevée en Haute-Marne où les classes d'âge 18-19 ans et 30-34 ans sont moins représentées.

Dans l'Aube, les femmes ont plus souvent entre 30 et 34 ans ou plus de 45 ans. Dans les Ardennes, elles sont moins souvent âgées de 20 à29 ans et ont plus souvent entre 35 et 44 ans.

Par contre dans la Marne, les femmes ont plus souvent entre 18 et 29 ans et sont moins souvent âgées de plus de 35 ans : 22 % de la population féminine en âge de procréer (15 à 49 ans) y est étudiante (source INSEE, recensement de la population 1999) contre 16 à 17 % dans les trois autres départements.

Ces informations statistiques relatives à l'âge des patientes confirment les propos des professionnels de santé des départements de la Marne et de l'Aube et ces spécificités de la répartition par âge devraient permettre d'adapter localement les actions et messages de prévention.

L'IVG concerne davantage les femmes seules et les femmes au foyer

Dans 9% des cas, le bulletin de déclaration obligatoire d'IVG ne mentionne pas la situation familiale de la femme. Lorsqu'elle est précisée, il ressort que près de la moitié des femmes vivent seules ou chez leurs parents, tandis que les autres vivent en couple. Mais seulement un quart sont mariées.

65 % des femmes de 15 à 49 ans de Champagne-Ardenne sont actives : 11% sont au chômage et 19% sont étudiantes. (INSEE, 1999)

Parmi les femmes qui ont eu recours à l'IVG en 2000, les proportions de chômeuses et d'étudiantes sont les mêmes que dans la population générale. Par contre, 56% seulement déclarent une activité professionnelle et 20 % se déclarent femmes au foyer (16 % pour les femmes de 15 à 49 ans de la région)

Analyse des antécédents gynéco-obstétricaux

36% de première grossesse

Pour 36% des femmes, la grossesse ayant donné lieu à une IVG en 2000 était la première grossesse. Ce pourcentage de première grossesse diminue avec l'âge

Parmi les mineures, 9 avaient déjà été enceintes dont 3 avaient donné naissance à un enfant et 6 avaient déjà eu recours à l'IVG.

De 18 à 19 ans, sur les 246 IVG déclarées en 2000 pour cette tranche d'âge, 27 jeunes femmes avaient déjà été enceintes plus d'une fois et 17 avaient au moins un enfant.

55 % des IVG concernent des mères de familles

Toutes classes d'âge confondues, les femmes ayant eu 1 ou plusieurs enfants représentent 55% des femmes ayant eu recours à l'IVG à 2000.

Les mères de familles représentent plus de 80% des femmes de plus de 30 ans et 63 % des femmes de 25 à 29 ans : elles ont le plus souvent au moins 2 enfants

30% des jeunes femmes de 20 à 24 ans sont mères de famille mais le plus souvent d'un seul enfant.

19% d'IVG itératives

Parmi les femmes ayant avorté en l'an 2000, près d'une sur cinq avait déjà des antécédents d'avortement (une sur six au plan national (19)) : 16% avait eu une IVG et 3% plus de deux.

Ces femmes sont le plus souvent âgées de 25 à 44 ans (un quart d'entre elles ont déjà eu recours à l'IVG), plus souvent femme au foyer (26% contre 20% de la totalité des femmes ayant eu une IVG en 2000), ou au chômage (14% contre 11%).

72% ont déjà des enfants contre 51 % de celles qui n'ont eu qu'une seule IVG.

La prévention des IVG itératives a été abordée lors d'entretien avec des médecins de certains établissements de santé agréés pour les IVG :

La population de ces femmes est décrite comme hétérogène : certaines sont issues de milieux socio-économiques défavorisés, d'autres se trouvent dans l'impossibilité de s'inscrire dans une démarche contraceptive soit du fait d'une situation personnelle difficile, soit du fait d'une instabilité affective avec une activité sexuelle très irrégulière. Certaines, quel que soit le milieu dont elles sont issues, ne peuvent psychologiquement concevoir la contraception. Dans certains cas, il semblerait que les IVG répétées soient un « passage obligé » vers une prise de conscience et de responsabilité.

Les médecins se sentent démunis face à cette question et aux échecs répétés des messages et mesures de prévention. (32, 38, 57)

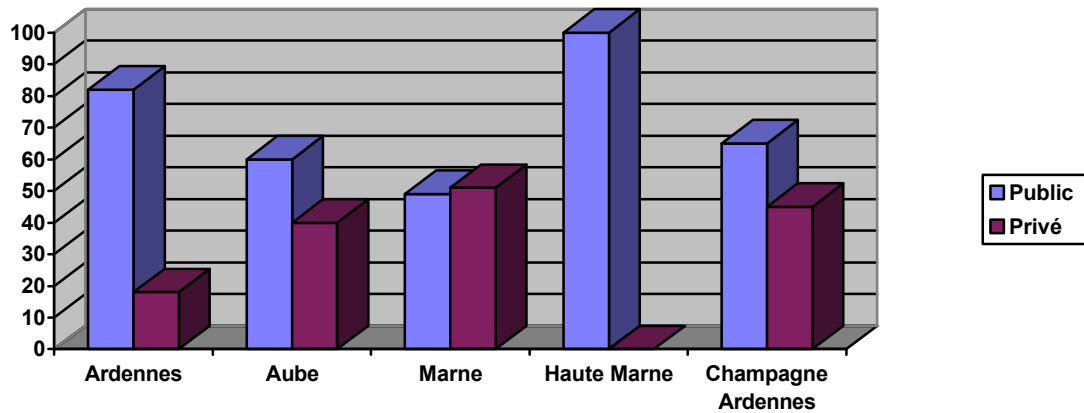
2.3.4 Répartition des IVG au sein des établissements de santé de la région

L'activité IVG est une activité essentiellement publique concentrée sur un petit nombre d'établissements (Annexe III)

En l'an 2000, la Champagne-Ardenne comptait 22 établissements agréés réalisant les IVG et cette activité est essentiellement publique puisque, d'après les SAE, le secteur public réalise

2/3 des IVG de la région contre un tiers dans le secteur privé. Cette répartition est identique à celle observée au plan national.

En Haute-Marne, aucun établissement privé ne réalise d'IVG.



Répartition de l'activité IVG entre secteurs public et privé

En 2001, la région ne compte plus que 18 établissements de santé réalisant ces interventions ceci suite à la fermeture de la clinique de Bar sur Aube dans l'Aube et à la cessation de l'activité IVG dans trois établissements des Ardennes : la clinique de Revin, la clinique de Villers-Semeuse et le Centre Hospitalier (CH) de Vouziers.

Onze établissements réalisent plus de 100 interventions par an et six seulement plus de 200 IVG par an. Sur ces six structures, trois sont localisées dans la Marne

Seuls, deux établissements publics de santé ne réalisent pas d'IVG : les centres hospitaliers de Vouziers (Ardenne) et Sézanne (Marne)

| Département | Etablissement | Nombre d'IVG (SAE) | | % départemental | | % régional | |
|-----------------------|----------------------------|--------------------|------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 1999 | 2000 | 1999 | 2000 | 1999 | 2000 |
| Ardenne | CH Rethel | 57 | 46 | 8 | 7,5 | 1,7 | 1,4 |
| | CH Sedan | 128 | 106 | 18 | 17,4 | 3,8 | 3,2 |
| | CH Vouziers | 9 | 3 | 1,2 | 0,4 | 0,3 | 0,1 |
| | CH Charleville | 403 | 348 | 57 | 57 | 12 | 10,8 |
| | Clinique Revin | 83 | 105 | 11,8 | 17,3 | 2,5 | 3,2 |
| | Clinique de Vilers Semeuse | 26 | non connu | 4 | | 0,8 | |
| Total | | 706 | 608 | 100 | 100 | 21 | 18,8 |
| Aube | CH Troyes | 412 | 495 | 54 | 64,5 | 12,2 | 15,3 |
| | CH Romilly | 56 | 81 | 7,3 | 10,6 | 1,7 | 2,5 |
| | Clinique Champagne | 188 | 162 | 24,5 | 21,1 | 5,6 | 5 |
| | Clinique Pasteur | 51 | 29 | 6,7 | 3,8 | 1,5 | 0,9 |
| | Clinique Bar sur Aube | 58 | non connu | 7,5 | | 1,7 | |
| Total | | 765 | 767 | 100 | 100 | 22,7 | 23,7 |
| Marne | CHR Reims | 377 | 397 | 26,2 | 28,3 | 11,2 | 12,1 |
| | CH Chalons | 221 | 176 | 15,4 | 12,6 | 6,6 | 5,4 |
| | CH Epernay | 66 | 43 | 4,6 | 3,1 | 2 | 1,3 |
| | CH Vitry le François | 58 | 87 | 4 | 6,2 | 1,7 | 2,7 |
| | Clinique St André | 197 | 186 | 13,7 | 13,3 | 5,8 | 5,7 |
| | Clinique Courlancy | 330 | 271 | 23 | 19,3 | 9,8 | 8,4 |
| | Clinique des Bleuets | 125 | 136 | 8,7 | 9,7 | 3,7 | 4,2 |
| | Clinique St Vincent | 63 | 105 | 4,4 | 7,5 | 1,9 | 3,2 |
| Total | | 1437 | 1401 | 100 | 100 | 42,7 | 43,3 |
| Haute-Marne | CH Chaumont | 173 | 179 | 37,8 | 39,3 | 5,1 | 5,5 |
| | CH Saint Dizier | 211 | 212 | 46,2 | 46,5 | 6,2 | 6,6 |
| | CH Langres | 73 | 65 | 16 | 14,2 | 2,2 | 2 |
| Total | | 457 | 456 | 100 | 100 | 13,6 | 14,1 |
| Total régional | | 3365 | 3232 | | | 100 | 100 |

Tableau 3 : Répartition des IVG réalisées par les établissements de santé agréés en Champagne-Ardenne selon les SAE 1999 et 2000.

3 - OBJECTIFS, MATERIEL ET METHODES DE L'ETUDE

3.1 OBJECTIFS

Parmi les thèmes et les aspects que recouvre l'interruption de grossesse, ce travail est centré sur la prise en charge sanitaire des interruptions volontaires de grossesse pour lesquelles les études nationales ont mis en évidence un certain nombre de dysfonctionnements

Il répond à la demande d'information de la Commission Régionale de la Naissance en Champagne Ardenne où le nombre d'IVG n'a pas diminué depuis 10 ans alors que les établissements de santé assurant les interventions deviennent moins nombreux

L'objectif est de répondre aux questions suivantes:

- Quelles sont les modalités et caractéristiques actuelles de la prise en charge sanitaire des IVG dans la région?
- Quels sont les écarts de pratiques hospitalières au regard des recommandations de l'ANAES ?
- Quelles mesures proposer afin de combler ces écarts et remédier aux difficultés constatées?

Il s'agit de définir les priorités d'action et les moyens à mettre en œuvre pour améliorer qualité de soins et de services à rendre aux usagers et répondre aux évolutions voulues par les pouvoirs publics

3.2 MATERIEL

Pour répondre aux questions posées, ont été utilisées des données quantitatives et qualitatives:

Les données quantitatives sont fournies par :

- Les statistiques d'activité des établissements de santé pour l'année 2000.
- L'analyse statistique des bulletins d'interruption volontaire de grossesse transmis par ces mêmes établissements en 2000, à l'exclusion des bulletins relatifs aux interruptions de grossesse pour motif thérapeutique (56 interventions en 2000)

Les données qualitatives ont été obtenues par :

- Une enquête par questionnaire auprès de chaque établissement de santé pour mieux connaître sa structure et son fonctionnement ; certains items ont été élaborés pour comparer les pratiques actuelles aux recommandations de l'ANAES. (Annexe VI)
Cette enquête a été réalisée entre juillet et octobre 2001 auprès des praticiens des 18 établissements de santé réalisant les interventions
Selon la disponibilité des praticiens, les informations ont été recueillies soit lors d'une visite à l'établissement, soit par courrier. Ainsi neuf établissements ont pu être visités du 1^{er} juillet au 15 août 2001
- La conduite d'entretien avec des professionnels concernés par l'IVG : médecins hospitaliers, sages-femmes, anesthésiste, conseillères conjugales, bénévoles du Mouvement Français pour le Planning Familial (Annexe VII)

3.3 METHODES D'ANALYSE

L'analyse comporte deux parties :

- Une analyse descriptive
- Une analyse des écarts de pratiques par rapport au référentiel de l'ANAES

Cette analyse associe à chaque étape données quantitatives et qualitatives

3.3.1 Analyse descriptive

Cinq axes ont été retenus afin de répondre aux questions posées :

1-Qualité des données

L'exhaustivité de la déclaration obligatoire a été calculée en comparant, pour chaque établissement, le nombre de bulletins statistiques d'IVG transmis aux données de la SAE qui recense les IVG facturées au forfait

Les bulletins statistiques d'interruption volontaire de la grossesse sont parfois incomplets et le pourcentage de non réponse a été calculé pour certains items.

La qualité de réponse à l'enquête a été appréciée en tenant compte du nombre d'items non renseignés et des items renseignés de façon imprécise.

2- Structure, locaux et personnel

Les données sont fournies par la première partie du questionnaire de l'enquête (locaux, matériels, personnel médical, paramédical)

3- L'accessibilité à l'IVG

Les données sont fournies par l'enquête et correspondent aux items relatifs à

- L'accueil physique et téléphonique
- Les délais et refus de rendez-vous
- Les suspensions d'activité
- La prise en charge des IVG tardives (entre 12 et 14 SA)

4- La prise en charge technique de l'intervention et les possibilités de choix pour la femme.

Les données sont fournies par l'analyse statistique des bulletins d'interruption de grossesse ainsi que par les données de l'enquête. Sont ici regroupés:

- Type d'anesthésie et d'intervention
- Durée d'hospitalisation
- Dépistages proposés

5- L'accompagnement

L'enquête auprès des établissements renseigne sur :

- La présence de personnel social au sein de la structure
- L'abord de la contraception
- La remise du dossier guide
- La remise de documents spécifiques aux complications de l'IVG
- L'intérêt porté à la satisfaction des patientes

3.3.2 Analyse des écarts entre pratiques hospitalières actuelles et références de l'ANAES

Le principe repose sur une prise en compte conjointe des données quantitatives et qualitatives : les réponses d'un établissement sont pondérées en fonction du nombre d'actes réalisés

Dans une optique de santé publique, pour chacun des départements ainsi que pour la région, le nombre d'actes comptabilisés dans les SAE des 18 établissements

champardennais a été considéré comme le reflet de la consommation de soins par la population.

Ces actes vont être caractérisés selon certains critères pour tenter de quantifier ceux qui répondent aux références de l'ANAES et ceux qui s'en écartent. Les résultats chiffrés obtenus sont destinés à hiérarchiser les difficultés en fonction des écarts constatés

1- Exhaustivité des données

Pour chaque département, l'exhaustivité de la déclaration a été appréciée en calculant le rapport entre le nombre de bulletins statistiques transmis et le nombre d'IVG comptabilisés dans les SAE des établissements de santé concernés par l'enquête dans ce département.

2- Valorisation de l'activité IVG

Par département, afin de mesurer le nombre d'IVG réalisées en l'absence de projet de service, on calcule la somme des IVG déclarées par les établissements sans projet de service. Cette somme, rapportée au nombre total d'IVG du département considéré, permet les comparaisons entre départements

3- Accessibilité à l'IVG

Trois critères ont été pris en considération

- Le pourcentage d'IVG d'un département donné sans accueil téléphonique spécifique (somme des IVG des établissements de santé ne possédant pas d'accueil spécifique rapportée au total des IVG du département)
- L'évaluation du nombre d'IVG que la cessation d'activité d'un établissement peut concerner. On a considéré que cette perturbation concernait deux mois de l'année (congés d'été, de fin d'année, de printemps...) soit un sixième du nombre des IVG faites dans l'établissement.

Exemple : si un établissement réalise 300 IVG par an, 50 IVG sont concernées par la cessation d'activité

Pour comparer les départements, la somme du sixième des actes réalisés dans les structures qui cessent leur activité, est à rapportée à la totalité des IVG du département.

- Le nombre d'IVG concernées par des délais de rendez-vous de plus de cinq jours
 - Soit l'établissement déclare des délais de rendez-vous supérieurs à 5 jours tout au long de l'année et dans ce cas toutes les IVG sont prises en compte
 - Soit l'établissement déclare des délais supérieurs à 5 jours en période de congés et l'on considère alors qu'un sixième de son activité est concerné

Le mode de calcul est le même que pour les critères précédents : pourcentage des IVG du département affectées d'un délai de rendez vous de plus de cinq jours.

4- Prise en charge technique de l'intervention

Deux paramètres ont été pris en compte :

- Le pourcentage d'IVG médicamenteuse du département. L'analyse des bulletins statistiques d'IVG montre que les établissements publics reçoivent 40% de femmes à un terme inférieure 8 semaines d'aménorrhée (terme en deçà duquel est possible l'IVG médicamenteuse) alors que les établissements privés reçoivent 27 % de femmes à moins de 8 semaines d'aménorrhée.
 - Si l'établissement public propose les deux méthodes d'intervention, on a considéré qu'il permettait le choix pour 40% des IVG (SAE) qu'il réalise
 - Si un établissement privé propose les deux méthodes, on a considéré qu'il permettait le choix pour 27 % des IVG déclarées dans la SAE.

La somme des IVG obtenues pour les établissements d'un département est ensuite rapportée à la totalité des IVG faites dans ce département.

- Les durées d'hospitalisation de plus de 12 heures en cas d'IVG chirurgicale en tenant compte des proportions d'IVG médicamenteuses et chirurgicales selon le type d'établissement.

- Si l'établissement ne propose pas la méthode médicamenteuse, on considère que les durées d'hospitalisation déclarées s'appliquent à tous les actes réalisés
- Si l'établissement propose les deux méthodes, on évalue le nombre d'actes concernés en tenant compte des résultats fournis par l'analyse des bulletins statistiques à savoir : le secteur public réalise 66% d'IVG chirurgicales et le secteur privé (si les deux méthodes sont proposées) 88% d'IVG chirurgicales

5- L'accompagnement des patientes

Deux critères sont envisagés :

- L'absence de personnel permettant un accompagnement social au sein même de l'établissement (assistante sociale ou conseillère conjugale). Pour un département, somme des IVG réalisés par des établissements sans personnel social rapporté à la totalité des IVG réalisées dans ce département
- La non remise par l'établissement de documents spécifiques au déroulement et complications de l'IVG en utilisant le même type de calcul.

Les résultats obtenus pour chaque département sont sommés pour obtenir des résultats régionaux. La hiérarchisation des problèmes découle de cette analyse.

4 - RESULTATS

Les résultats seront présentés selon les cinq axes précédemment cités :

- Qualité des données
- Structure : locaux, matériel, personnel médical et paramédical
- Accessibilité à l'IVG
- Prise en charge technique des actes
- Accompagnement des patientes

4.1 QUALITE DES DONNEES

4.1.1 Exhaustivité de la déclaration au moyen des bulletins statistiques d'IVG.

Pour chaque établissement de santé le nombre de bulletins transmis à la DRASS peut être rapporté au nombre d'IVG déclarées dans les SAE (IVG payées au forfait par l'Assurance Maladie à l'établissement)

En 2000, pour l'ensemble de la région les SAE recensaient 3232 IVG alors que 2 923 bulletins de déclaration étaient transmis soit 90 %

Le même calcul pour chaque établissement permet le classement suivant :

- Exhaustivité 100% : 6 établissements publics
- Exhaustivité de 95 à 99 % : 7 établissements (5 publics et 2 privés)
- Exhaustivité de 85 à 94% : 1 établissement privé (86%)
- Exhaustivité inférieure à 85 % : 3 établissements privés et un établissement public avec les résultats suivants : 69% (privé), 58% (privé), 54% (public) 41% (privé)

Si l'on considère séparément établissements privés et établissements publics, les taux d'exhaustivité sont respectivement de 72 et 95%

La même remarque a pu être faite au plan national (21) où la sous-déclaration, évaluée globalement à 12%, atteint 5% dans le secteur public et 25 à 50% dans le secteur privé

Tous les bulletins statistiques d'IVG transmis au médecin inspecteur régional ne sont pas entièrement complétés. L'étude des données manquantes sur les bulletins statistiques transmis à la DRASS Champagne-Ardenne en 2000 montre 8% d'items non remplis

1. Pour les données socio-démographiques les taux de non-réponse varient selon les établissements de 3 à 27% (9% en moyenne pour la région)
2. Pour les données correspondant aux antécédents gynécologiques et obstétricaux, on observe de 3% à 16% de non-réponses (5% en moyenne).
3. Pour les données relatives à la prise en charge médicale de l'intervention, ces taux vont de 1 à 38 % (8% en moyenne). On note que le secteur privé ne précise pas la durée d'hospitalisation dans 24 % des bulletins transmis et ne renseigne pas l'item relatif aux complications dans 28 % des cas.

Pour 3 établissements privés et 2 établissements publics, les taux de non-réponse (tous items confondus) atteignent globalement 15 à 19%.

L'enquête auprès des établissements révèle que le bulletin statistique d'IVG est rempli conjointement par le médecin et la secrétaire dans 9 établissements. Dans 2 d'entre eux, il est rempli par une sage-femme ou une conseillère conjugale et dans trois établissements par la patiente (partie administrative), la secrétaire et le médecin.

4.1.2 Qualité de réponse à l'enquête

Nombre de questionnaires

L'enquête réalisée auprès des 18 centres agréés de la région de juillet à octobre 2001 a permis de recueillir 17 questionnaires.

Seule, la clinique des Bleuets à Reims (136 IVG en 2000, données SAE) n'a pas répondu du fait d'un projet de fusion avec la clinique Saint André. La réponse de la clinique Saint André vaut donc pour les deux établissements et les 17 questionnaires correspondent aux réponses des 17 établissements qui à terme réaliseront des IVG dans la région.

Six questionnaires sont incomplets

- Dans 4 cas le délai de rendez-vous maximum n'est pas précisé
- Un établissement ne précise pas s'il a un projet de service
- Un autre ne précise pas comment il oriente les patientes en cas de refus de rendez-vous
- Un établissement public n'a pas indiqué le statut des praticiens ni leur temps de travail dans la structure

Tous les items ont pu être exploités sauf, le temps de travail consacré à l'activité IVG en l'absence de personnel spécifique et l'item relatif aux protocoles de lutte contre la douleur dont on ne sait s'ils sont spécifiques ou non.

Qualité des réponses

Certains praticiens ont fourni spontanément des informations complémentaires y compris pour les questionnaires recueillis par courrier. L'un de ces questionnaires a été rempli par l'ensemble de l'équipe concernée (médecin et personnel paramédical) La motivation était donc réelle. Un seul praticien a déclaré ne pas être intéressé par un retour d'information.

4.2 STRUCTURES, LOCAUX, PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL

Il n'existe pas en Champagne Ardenne de centre d'interruption de grossesse défini dans le rapport Nisand (21) comme des centres autonomes sous la responsabilité médicale de médecins souvent vacataires et sous la responsabilité administrative directe d'un directeur d'établissement.

L'activité IVG est rattachée dans tous les cas au service de gynécologie-obstétrique, sauf dans une structure privée où elle est rattachée au service de chirurgie.

- Pour les consultations, quatre établissements disposent de locaux et d'un personnel médical spécifiques. Ces locaux sont distincts du service de gynécologie au Centre Hospitalier Universitaire de Reims et ont une appellation propre : Centre de Régulation des Naissances.
- Pour les interventions elles-mêmes, dans tous les établissements, les équipements et le personnel sont ceux des services de gynécologie (chirurgie pour un établissement)

Six établissements déclarent réserver des lits ou places pour les IVG (2 lits en moyenne)

Tous les établissements disposent d'un échographe avec sonde vaginale mais, sauf dans le cas du Centre de Régulation des Naissances du CHU de Reims qui dispose de son propre matériel, l'échographe est commun soit avec les consultations, le service ou encore le bloc opératoire de gynécologie-obstétrique.

Les installations dont les établissements de santé privés seront tenus de disposer lorsqu'ils pratiquent des IVG seront précisées par décret annoncé dans une circulaire de septembre 2001 (12)

L'activité IVG fait partie du projet de service dans 8 établissements sur 17. Une structure n'a pas répondu et dans 8 établissements, la réponse est négative. Or la valorisation de l'activité IVG passe par sa reconnaissance au sein des services et son intégration à un projet est l'une des recommandations de l'ANAES.

Personnel médical

Médecins

L'activité d'IVG est intégrée à celle des services de gynécologie et dans 13 établissements sur 17, consultations et interventions sont assurées par certains des gynécologues-obstétriciens présents.

Quatre établissements publics ont un recrutement spécifique de praticiens :

- Le Centre Hospitalier de Saint Dizier : 3 attachés dont 2 gynécologues et un généraliste (0,5 ETP, Equivalent Temps Plein)
- Le Centre Hospitalier de Sedan : 1 attaché généraliste (0,3 ETP)
- Le Centre Hospitalier de Charleville Mézières : 1 attaché généraliste et un praticien hospitalier contractuel généraliste (0,4 ETP)
- Le Centre Hospitalier Universitaire de Reims : 2 attachés gynécologues. (0,2 ETP)

Sur l'ensemble de la région, seuls quatre praticiens généralistes ont été recrutés pour cette activité, assurée donc majoritairement par des gynécologues.

Les sages-femmes sont affectées spécifiquement à l'activité IVG dans les centres hospitaliers de Chalons (conseil conjugal), Charleville (consultation pré et post IVG) et Reims (consultation pré-IVG et conseil conjugal)

Dans 9 autres établissements, les sages-femmes assurent accueil des patientes et surveillance post opératoire sans être spécifiquement affectées à cette activité.

Deux établissements font appel aux **internes de spécialités**

- Le CHU de Reims : réalisation des interventions et remplacements ponctuels pour les consultations.
- Le Centre Hospitalier de Troyes: consultations et pratique des interventions sous la responsabilité d'un praticien hospitalier référent pour l'activité IVG.

Dans 7 établissements, tous les praticiens pratiquant les IVG ont plus de 50 ans et à moyen terme se posera la question de leur renouvellement. Les établissements de Haute-Marne sont particulièrement concernés dans un département peu attractif et à la démographie médicale défavorable.

L'activité d'anesthésie est, selon les établissements, assurée par un à huit médecins spécialistes non affectés spécifiquement à l'activité IVG.

Personnel paramédical et secrétariat

- Les infirmières des services de gynécologie et de bloc opératoire participent aux interventions ainsi qu'à l'accueil et à la surveillance des patientes.
- Toutes les structures disposent d'un secrétariat commun avec le service de gynécologie obstétrique ou de chirurgie sauf au CHU de Reims où locaux et secrétariat sont spécifiques à la structure d'accueil.

4.3 ACCESSIBILITE A L'IVG

1) Horaires d'accueil

L'accueil est assuré selon les horaires d'ouverture des services de gynécologie-obstétrique ou chirurgie du lundi au vendredi dans douze établissements.

Deux cliniques privées de la Marne assurent accueil et interventions samedi compris : elles recrutent ainsi les patientes désireuses de ne pas interrompre leur activité professionnelle.

Trois centres (Sedan, Saint Dizier et Charleville) assurent l'accueil pour IVG de 3 à 5 demi-journées par semaine.

2) Accueil téléphonique

Sept établissements de la région disposent d'un numéro de téléphone spécifique pour les IVG mis à disposition du public. Dans les autres cas, le numéro est celui du service de gynécologie ou de la maternité. C'est toujours une secrétaire médicale qui répond sauf au Centre de Régulation des Naissances du CHU de Reims où sage-femme et auxiliaire de puériculture peuvent être amenés à prendre des appels. Une formation à l'accueil, mais non spécifique à l'activité IVG, a été réalisée dans trois établissements seulement.

12 établissements sur 17 ont un répondeur mais seul celui du CHU donne des informations autres qu'heures d'ouverture et numéro d'urgence : ces informations concernent diagnostic de grossesse et pilule du lendemain.

3) Délai d'obtention du premier rendez-vous médical

Pour l'ANAES, ce délai ne doit pas dépasser 5 jours.

- En dehors de la période estivale, les délais de rendez-vous sont de :
 - Moins de 3 jours : 7 établissements
 - 3 à 5 jours : 7 établissements
 - 3 à 8 jours : 2 établissements
 - 8 à 12 jours : 1 établissement
- En période estivale, ces délais se trouvent augmentés dans cinq structures : si pour 12 d'entre elles, les délais restent inférieurs à 5 jours, cinq établissements déclarent des délais de rendez-vous de 6 à 12 jours.
- Le délai maximal d'obtention d'un rendez-vous est déclaré inférieur à 5 jours dans quatre établissements, de 6 à 8 jours dans six d'entre eux. Deux établissements annoncent des délais de 10 jours et 21 jours. Quatre n'ont pas répondu.

10 établissements sur 17 déclarent refuser des rendez-vous : les motifs invoqués sont

Surcharge d'activité : 5 fois

Délai de la grossesse incompatible avec le délai de rendez-vous possible : 3 fois

Absence du praticien pour congé : 3 fois

Méthode demandée non pratiquée par l'établissement : 3 fois

Les patientes sont alors orientées vers d'autres structures.

Se trouvent donc traduites, à travers ces quelques éléments de réponses, les difficultés d'accès à l'IVG notamment en périodes de congés où, alors que peu de structures suspendent leur activité, les rendez-vous sont plus longs à obtenir.

4) Périodes de cessation d'activité

Dans trois centres hospitaliers (Romilly, Sedan et Rethel), ainsi qu'à la clinique Pasteur de Romilly, un seul praticien a en charge les IVG. Il faut noter la situation particulière de Romilly où le même praticien, temps partiel au CH, assure les IVG des secteurs public et privé.

Ces quatre établissements, mais aussi le CH de Charleville-Mézières, sont contraints de suspendre l'activité IVG et de la reporter vers d'autres centres d'accueil en cas d'absence ou de congés des médecins. La situation peut devenir préoccupante dans les Ardennes où les structures privées ont cessé toute activité en matière d'IVG et où les trois établissements

publics qui l'assurent déclarent connaître à certaines périodes des difficultés de fonctionnement.

Au centre hospitalier d'Épernay où quatre praticiens réalisent des IVG, un seul pratique les IVG chirurgicales; si l'accueil est assuré en permanence, les patientes sont réorientées, si besoin, en l'absence de ce médecin.

Les périodes de suspension d'activité sont de trois à quatre semaines en été et fonction des congés scolaires durant le reste de l'année. Les fêtes de fin d'année sont citées comme période de fonctionnement difficile en raison des congés de l'ensemble des personnels.

5) Accès à l'IVG tardive (de 12 à 14 semaines d'aménorrhée)(12, 23, 31, 39, 44, 48)

Tous les établissements disposent d'un plateau technique chirurgical permettant la réalisation de ces actes.

Seul le CHU envisage à ce jour une formation spécifique, telle que recommandée par l'ANAES, pour les éventuels médecins volontaires

La grande majorité des praticiens sont réticents à cet allongement du délai légal. Sont invoqués:

- Des raisons éthiques : il s'agit d'un fœtus et non plus d'un embryon (24)
- Des risques de dérives eugéniques; on peut connaître par exemple le sexe de l'enfant à naître
- Des risques techniques et de complications
- Un risque de banalisation de l'acte
- Une ambiguïté de la demande tardive de la femme et le risque de voir les femmes qui attendaient jusqu'à 12 semaines, attendre maintenant jusqu'à 14 semaines. Certains praticiens estiment que 20 % des femmes se présentent tardivement à 11 et 12 SA. Le nombre d'IVG tardives ne seraient donc pas de 1 à 2 par semaine et par département (29), ni les patientes uniquement celles décrites par le Professeur Nisand comme « les plus démunies, les plus fragiles, incapables de savoir qu'elles sont enceintes. » (21)

Au moment de l'enquête, six établissements déclarent accepter de prendre en charge les IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée, six y sont opposés et cinq ne se prononcent pas.

Quelle que soit la position de l'établissement, la mise en place d'une structure régionale qui prendrait en charge les IVG entre 12 et 14 SA a été souhaitée par les médecins rencontrés et pour certains, une organisation en réseau est justifiée.

Un désir de transparence (qui fait, qui ne fait pas par rapport aux IVG tardives, aux techniques employées, aux IVG itératives...) a été plusieurs fois exprimé.

La loi actuellement en vigueur est également source d'interrogations sur les points suivants:

- La suppression de l'entretien social obligatoire pour les femmes majeures. Même si cet entretien doit toujours être systématiquement proposé avant et après l'intervention (5, 12), il est probable que peu de femmes y recourent. Or cet entretien permettait aux médecins de rester dans un cadre purement technique puisque les aspects psychologiques et sociaux de l'IVG y étaient abordés et la question de la contraception approfondie. Certains praticiens redoutent de n'avoir ni le temps, ni la formation nécessaires à l'orientation des femmes vers les structures d'écoute adaptées et s'interrogent sur les conséquences d'une non prise en charge psychologique à un moment difficile de la vie des femmes
- La possibilité pour les mineures d'avoir recours à l'IVG sans autorisation parentale mais en étant accompagnée d'un adulte référent : Se pose la question de la responsabilité médicale en cas d'accident ou encore de litige pouvant survenir entre l'adulte référent et la mineure (adulte parfois âgé de 2 ou 3 ans de plus que la jeune fille et pouvant la « dénoncer » à sa famille) (12)

4.4 PRISE EN CHARGE TECHNIQUE DE L'IVG

L'analyse statistique des 2867 bulletins d'interruption volontaire de grossesse nous apporte des informations complétées par les résultats d'enquête auprès des établissements de santé

4.4.1 Un recrutement différent des secteurs publics et privés selon le terme des grossesses

37% des IVG de la région sont réalisées avant 8 semaines ou 49 jours d'aménorrhée, c'est à dire dans le délai permettant le recours à la technique médicamenteuse

35% sont réalisées à 8 et 9 semaines d'aménorrhée (SA) et 26% à partir de 10 SA

Le secteur public reçoit davantage les IVG précoces inférieures à 8 SA ainsi que les IVG plus tardives alors que le secteur privé reçoit plutôt les femmes à 8 et 9 SA.

4.4.2 Un faible taux de recours à l'IVG médicamenteuse

Le recours à l'IVG médicamenteuse concerne 27% des IVG de la région. En France en 1997, ce taux était de 22% mais avec d'importantes disparités régionales.(21)

En Champagne-Ardenne, cette technique est utilisée essentiellement par le secteur public où elle concerne 81% des IVG avant 8 semaines d'aménorrhée.

Le secteur privé utilise une technique chirurgicale à 88% quel que soit le terme de la grossesse et n'a recours à la technique médicamenteuse que pour 29% des IVG précoces.

Quatre établissements privés ne proposent pas la technique médicamenteuse à leurs patientes. Les motifs indiqués sont le suivi trop lourd, le risque d'échec, les nombreuses contre-indications et les complications. Un de ces établissements a cependant le projet de mettre en œuvre cette technique en débutant progressivement de façon à optimiser son organisation.

4.4.3 Peu d'anesthésie locale en cas d'IVG chirurgicale

En France, en 1997, 26% des IVG ont été réalisées sous anesthésie locale (21)

Dans la région, 95% des IVG chirurgicales (aspiration et contrôle de la vacuité utérine à la curette), sont réalisées sous anesthésie générale.

4% des IVG chirurgicales seulement ont eu lieu sous anesthésie locale et ce mode d'anesthésie n'est utilisé que dans les établissements publics. Le secteur privé, où la technique chirurgicale est privilégiée, a toujours recours à l'anesthésie générale.

Seuls deux établissements publics (CH de Vitry le François et Charleville-Mézières) réalisent des IVG sous anesthésie locale. Ailleurs, elle est exceptionnellement utilisée en cas de contre-indication à l'anesthésie générale ou à la demande expresse de la patiente.

Sept établissements déclarent donc ne pas informer des différentes modalités d'anesthésie et les quatorze structures où l'intervention se déroule sous anesthésie générale proposent systématiquement un rendez-vous d'anesthésie préopératoire : trois établissements essaient de coupler le même jour consultation pré-IVG et consultation d'anesthésie

4.4.4 Hospitalisation de plus de 12 heures pour une IVG sur cinq

Pour un quart des IVG, l'hospitalisation a duré moins de 8 heures et pour la moitié, elle a été comprise entre 8 et 12 heures.

Cependant, dans 20% des cas, l'hospitalisation s'est prolongée au moins 12 heures notamment en cas d'anesthésie générale avec hospitalisation la veille de l'intervention.

Les données d'enquête montrent que les durées d'hospitalisation annoncées varient :

- En cas d'IVG médicamenteuse : de 0 à 10 heures. Dans 11 établissements, elle est de 3 à 6 heures. (4 cliniques ne proposent pas cette technique)

- En cas d'IVG chirurgicale : de 8 à 24 heures.
 - ⇒ Moins de 12 heures : 10 réponses
 - ⇒ De 12 à 24 heures : 3 réponses
 - ⇒ 24 heures : 3 réponses (entrée des patientes la veille en raison de l'anesthésie générale)

4.4.5 Peu de complications déclarées

Ces déclarations représentent moins de 1% des IVG et sont le fait uniquement du secteur public. Le taux de non réponse du secteur privé pour cette donnée atteint 28%

4.4.6 Examens complémentaires et lutte contre la douleur

Les protocoles de lutte contre la douleur (9 réponses) ne sont pas spécifiques à l'IVG. Un projet existe au CHU de Reims pour les IVG médicamenteuses.

Le recours à l'échographie pour déterminer le terme exact de la grossesse est systématique dans tous les établissements. Pour certains praticiens hospitaliers, ceci doit être connu des généralistes qui, devant une demande d'IVG, n'ont donc pas à adresser la patiente à un radiologue ce qui est source de perte de temps.

Le dépistage des maladies sexuellement transmissibles (MST) est proposé dans 6 structures et le frottis cervico-vaginal de dépistage du cancer du col dans 4 structures. Certains médecins estiment que la grossesse n'est pas le moment opportun du dépistage du cancer du col. Ils le proposent lors de la visite post IVG.

Dans 7 établissements, aucun dépistage n'est proposé, trois déclarent proposer systématiquement les deux (MST et frottis cervico-vaginal)

Tableau 4 : Caractéristique de l'intervention selon le statut de l'établissement

Analyse des bulletins statistiques d'IVG 2000

| | Établissements publics | Établissements privés | Ensemble |
|---------------------------------------|------------------------|-----------------------|-------------|
| Durée de la grossesse | | | |
| ≤ 7 semaines d'aménorrhée | 40 % | 27 % | 37 % |
| 8 et 9 semaines d'aménorrhée | 31 % | 47 % | 35 % |
| 10 à 12 semaines d'aménorrhée | 28 % | 18 % | 26 % |
| ≥ 13 semaines d'aménorrhée | 0 % | 0 % | 0 % |
| non précisée | 1 % | 8 % | 2 % |
| Technique employée | | | |
| Chirurgicale | 66 % | 88 % | 71 % |
| Médicale | 33 % | 8 % | 27 % |
| Non précisée | 1 % | 4% | 2% |
| Technique avant 8 SA | | | |
| Médicale | 81 % | 29 % | 72 % |
| Chirurgicale | 18 % | 67 % | 27 % |
| Non précisé | 1 % | 4 % | 1 % |
| Anesthésie | | | |
| Générale | 62 % | 87 % | 68 % |
| Locale | 3 % | 0 % | 3 % |
| Aucune | 27 % | 7 % | 22 % |
| Non précisée | 8 % | 6 % | 7 % |
| Anesthésie si IVG chirurgicale | | | |
| Générale | 93 % | 99 % | 95 % |
| Locale | 4 % | 0 % | 3 % |
| Aucune | 1 % | 0 % | 1 % |
| Non précisée | 2 % | 1 % | 1 % |
| Durée d'hospitalisation | | | |
| ≤ 7 heures | 29 % | 14 % | 25 % |
| 8 à 12 heures | 46 % | 51 % | 47 % |
| 13 à 24 heures | 16 % | 10 % | 14 % |
| >= 24 heures | 7 % | 1 % | 6 % |
| Non précisée | 3 % | 24 % | 8 % |

4.5 ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTES

A côté du personnel médical et paramédical il est possible d'avoir recours au sein même de l'établissement à une :

| | |
|-------------------------|------------|
| Conseillère conjugale : | 9 réponses |
| Assistante sociale : | 4 réponses |
| Psychologue : | 7 réponses |

Dans quatre établissements aucun de ces personnels n'est disponible.

Le dossier guide est systématiquement remis, soit par la conseillère conjugale lors de l'entretien social (9 cas sur 17), soit par le médecin lors de la première consultation (4 réponses) soit par la secrétaire médicale avant ou après la consultation pré-IVG.

L'intervention est réalisée par le praticien qui a reçu la patiente en consultation pré-IVG sauf dans les trois établissements publics qui assurent plus de 400 actes par an :

- CH de Charleville-Mézières où le praticien qui assure les consultations pré-IVG réalise uniquement les IVG chirurgicales et adresse les patientes pour IVG médicales à son collègue.
- CHU de Reims: où les consultations sont assurées par les médecins attachés du Centre de Régulation des Naissances alors que les interventions sont assurées par les internes de spécialité.
- CH de Troyes où les internes de spécialités assurent par roulement consultations et interventions.

Tous les praticiens abordent la question de la contraception dès la consultation pré-IVG et une ordonnance est remise à toutes les patientes soit lors de cette consultation soit le jour de l'intervention. 9 établissements notent que cette question est également abordée par d'autres intervenants : sages-femmes, infirmières, conseillères conjugales.

A la sortie, outre l'ordonnance de contraception, les patientes se voient remettre un numéro de téléphone à joindre en cas d'urgence dans 13 établissements et une fiche relative aux complications possibles dans 8 d'entre eux. Ces documents sont remis par le médecin ayant pratiqué l'acte dans 9 cas sur 17. Dans les autres cas, ils sont remis soit par l'infirmière soit par la sage femme qui a accueilli la patiente lors de son hospitalisation.

Un rendez vous post-IVG est systématiquement proposé mais le nombre de femmes ne se présentant pas est estimé, selon les médecins, entre 15 et 25 %. Deux établissements ont mis en place des procédures de relances.

Aucun questionnaire de satisfaction spécifique à l'IVG n'a été proposé à ce jour. Certains praticiens s'enquière du vécu de l'acte par la patiente lors de la consultation post-IVG.

Les principaux résultats obtenus sont résumés dans le tableau ci-après

Fonctionnement des établissements champardennais réalisant les IVG

- Les 2/3 des interventions sont réalisées par le secteur public
- L'activité est intégrée à celle des services de gynécologie obstétrique même si elle ne fait partie du projet de service que dans 47 % des cas.(un cas de rattachement à l'activité de chirurgie)
- Cette activité est assurée en majorité par des gynécologues obstétriciens. Sauf dans les trois centres réalisant le plus d'actes, la consultation pré-IVG et l'intervention sont réalisées par le même praticien.
- La suspension d'activité est incontournable dans les établissements où un seul praticien assure les interventions et près de 60% des établissements refusent des rendez-vous notamment pour surcharge d'activité
- Le recours à l'anesthésie générale en cas d'IVG chirurgicale est quasi systématique (4% d'anesthésie locale) et le taux d'IVG médicamenteuse est de 27 % dans la région.
- La durée d'hospitalisation est supérieure à 12 heures dans 4 établissements sur 10 et pour 20 % des interventions
- Six établissements déclarent prendre en charge les IVG tardives mais avec réticences: la mise en place d'une structure régionale de référence est souhaitée

Le tableau 5 résume les principales caractéristiques mises en évidence lors de l'étude de la demande et de l'offre de soins

| | Ardennes | Aube | Marne | Haute-Marne |
|---|--|---|---|--|
| Caractéristique des demandes | 19% des IVG de la région Davantage de femmes de plus de 35 ans | 24% des IVG de la région Davantage de femmes de 25 à 35 ans | 43% des IVG de la région Département le plus jeune et le plus peuplé. Davantage de femmes de 20 à 24 ans | 14% des IVG de la région. Département le moins peuplé. Davantage de mineures (9% pour une moyenne régionale à 6%) |
| Caractéristiques de l'offre de soins | Près de 6 IVG du département sur 10 ont lieu au CH de Charleville 3 structures ont cessé leur activité en 2000.(110 IVG en 1999) Reste trois établissements publics et quatre praticiens (1,7 ETP) interruptions d'activité et refus de rendez-vous en cas de surcharge d'activité | fermeture d'une clinique en 2000(50 IVG en 1999) Entre 1999 et 2000 baisse d'activité du secteur privé avec majoration de celle du public. Le CH de Troyes réalise 64% des IVG du département et la clinique de Champagne 21 % A Romilly, où un même praticien assure l'activité IVG publique et privée, interruption d'activité pour congé. Le CH de Troyes est l'établissement régional réalisant le plus d'IVG | Répartition de l'activité entre secteur public et privé A Épernay, le CH réalise les IVG médicamenteuses et la clinique, les IVG chirurgicales A Reims, les données internes au CHR prouvent que l'établissement accueille les patientes refusées par le secteur privé (plus d'IVG itératives et de mineures) | Activité assurée par le secteur public seul Le CH de Saint Dizier avec 0,5 ETP de praticiens assure la moitié des IVG du département Les trois hôpitaux déclarent des refus de rendez-vous en cas de surcharge d'activité Tous les praticiens sauf un ont plus de 50 ans. |

Tableau 5 : caractéristiques de la demande et de l'offre de soins par département

4.6 ANALYSE DES ECARTS AUX RECOMMANDATIONS DE L'ANAES

Les établissements de chaque département sont regroupés dans le tableau 6. La méthode de quantification de chacun des dysfonctionnements est décrite dans la section 3-3-2.

La synthèse des types de dysfonctionnements permet les comparaisons départementales.

On constate, par exemple, que les cessations d'activité ont plus d'importance dans le département des Ardennes où 16,6% des 500 IVG du département réalisées en 2000 ont été perturbées.

L'outil que constitue ce tableau est destiné à dégager des priorités d'actions.

| Département Le total des IVG d'un département représente 100% | % de bulletins non transmis | % d'IVG non concernées par un projet de service | % d'IVG sans accueil téléphonique spécifique | % d'IVG perturbées par les cessations d'activité | % d'IVG avec délai de rendez-vous de + de 5 jours | % d'IVG avec choix de la méthode | % d'IVG avec durée d'hospitalisation de + de 12 heures | % d'IVG sans remise de documents spécifiques | % d'IVG sans accompagnement social possible |
|---|-----------------------------|---|--|--|---|----------------------------------|--|--|---|
| Ardennes 3 établissements publics ayant réalisé 500 IVG en 2000. 4 praticiens | 9 | 29,4 | 9 | 16,6 | 75 | 40 | 30 | 10 | 70 |
| Aube 2 établissements publics et deux privés ayant réalisé 767 IVG en 2000. 11 praticiens | 26,7 | 25 | 25 | 2,3 | 23 | 30 | 35 | 15 | 25 |
| Marne 4 établissements publics et trois privés (après fusion) ayant réalisé 1401 IVG en 2000. 30 à 35 praticiens | 40,9 | 63 | 63 | 0,5 | 11 | 27 | 15 | 52 | 34 |
| Haute-Marne 3 établissements publics ayant réalisé 449 IVG en 2000 9 praticiens | 0 | 85,5 | 100 | 0 | 0 | 40 | 38 | 38 | 0 |
| Total régional 3117 | 20 | 48,8 | 50 | 3,5 | 23 | 31,8 | 26 | 35 | 33 |

Tableau 6 : Quantification des dysfonctionnements repérés par l'enquête. Comparaisons entre départements

4.7 PRIORITES D' ACTIONS

Au terme de l'analyse des bulletins statistiques d'IVG et des résultats de l'enquête, se dégagent les priorités suivantes:

4.7.1 Axes prioritaires d'amélioration de la prise en charge sanitaire des IVG

1)-Permettre le choix des patientes, enjeu pour plus de 1000 IVG par an

Ce choix concerne :

- La technique de l'interruption de grossesse en cas d'IVG précoce (avant 49 jours d'aménorrhée)
- Le mode d'anesthésie en cas d'IVG chirurgicale
- le lieu de l'IVG médicamenteuse possible à domicile dans certains cas
- le recours à un entretien d'information de soutien et d'écoute auprès de professionnels qualifiés

Le choix de la technique d'interruption de grossesse suppose : (27)

- L'information des patientes qui doivent se présenter précocement
- L'amélioration des délais de rendez-vous en toute période
- L'évolution des pratiques médicales, notamment dans les établissements privés ne proposant pas la technique médicamenteuse.

Le choix du mode d'anesthésie est également l'une des recommandations de l'ANAES. Cependant le recours à l'anesthésie locale en cas d'IVG chirurgicale est controversé par la majorité des praticiens. Seuls les établissements publics de Vitry le François (Marne) et Charleville-Mézières (Ardennes) proposent cette technique

2) Améliorer l'accès à l'IVG, enjeu pour plus de 800 IVG par an

On ne peut oublier que la femme qui demande l'interruption de sa grossesse s'estime en situation de détresse

Même s'il apparaît que dans près de 80% des cas, les délais de rendez-vous sont inférieurs à cinq jours, l'étude objective des difficultés d'accueil manifestes durant les périodes de congés avec allongement des délais de rendez-vous (5 établissements), suspension d'activité et réorientation des patientes notamment dans 5 structures publics ; Rethel, Sedan, Charleville, Epernay (pour les IVG chirurgicales), et Romilly. Enfin dix établissements ont déclaré refuser des rendez-vous pour surcharge d'activité

Une meilleure accessibilité doit permettre des interventions plus précoces laissant alors à la femme le choix de l'intervention.

3) Améliorer l'accueil téléphonique, enjeu pour 1500 IVG par an.

par la mise en place de ligne spécifique, en prévoyant des réponders adaptés en dehors des heures d'ouverture ainsi que la formation du personnel.

4.7.2 Autres axes d'amélioration

- La déclaration obligatoire de l'IVG au moyen des bulletins existants. Certains établissements privés disposent d'importantes marges de progrès.
- La prise en compte de l'activité au sein d'un projet de service.
- La réduction des durées d'hospitalisations en cas d'IVG chirurgicales, durées supérieures dans 20% des cas aux douze heures préconisées dans le cas général.
- La prise en compte spécifique de la douleur même si l'ANAES conclut à la nécessité d'études complémentaires
- Le remise de documents spécifiques sur les suites de l'IVG
- Proposition, selon le contexte, du dépistage de maladies sexuellement transmissibles et du cancer du col utérin.

4.7.3 points positifs au regard des recommandations

Dans tous les établissements, on constate :

- La présence de plateaux techniques chirurgicaux et d'appareils d'échographie, même s'ils ne sont pas spécifiquement destinés à l'activité IVG
- La remise systématique du dossier guide
- L'abord de la contraception dès la consultation pré-IVG.
- La détermination précise du terme des grossesses par échographie
- L'existence de procédure d'urgence pour les demandes d'IVG tardives
- La proposition de rendez vous post-IVG (procédures de relance à étudier)

5 - DISCUSSION

Nous discuterons successivement matériels et méthode, les résultats ainsi que l'objectif initialement fixé.

5.1 DISCUSSION DES MATERIELS ET METHODES

5.1.1 Les interruptions volontaires de grossesse sont sous-déclarées

La sous-déclaration peut être le fait d'oubli ou de négligence ; elle peut être également volontaire dans les établissements privés : en effet les anciennes dispositions législatives, afin d'éviter la constitution d'établissements spécialisés dans l'IVG, imposaient un quota d'IVG inférieur à 25% du total des actes chirurgicaux et obstétricaux. La suppression récente de ces quotas est donc favorable à une meilleure déclaration. Par contre déclarer une IVG sous une cotation différente permet toujours de se soustraire de la procédure et d'obtenir un remboursement de l'acte par l'Assurance Maladie autre qu'au forfait.

Enfin, un certain nombre d'IVG, hors cadre légal, ne sont comptabilisées nulle part. Les bénévoles du Mouvement Français du Planning Familial de Champagne-Ardenne qui recueillent ces demandes et orientent les femmes vers l'étranger estiment que l'allongement du délai légal ne permettra de résoudre que la moitié des situations rencontrées. Les autres femmes (à plus de 14 semaines d'aménorrhée) continueront de se rendre à l'étranger.

L'ANAES recommande la déclaration des IVG pour un recueil national des données à visée épidémiologiques et d'évaluation des pratiques (13) Cependant, le bulletin statistique d'interruption de grossesse est remis en cause (21,20) : l'IVG est le seul acte qui donne lieu à déclaration, le bulletin n'a pas évolué depuis 20 ans, il est vécu comme une contrainte et le retour d'information, quasi nul, nuit à la qualité de son remplissage (20) C'est pourquoi, la suppression des bulletins statistiques a pu être proposée, ceux-ci pouvant être remplacés par des enquêtes épidémiologiques ciblées en réponse à des objectifs précis.(20)

D'autres sources d'informations peuvent compléter celles utilisées dans le cadre de ce travail:

- Les données du PMSI : par exemple, en Haute Marne où l'exhaustivité de la déclaration de l'IVG au moyen des bulletins est de 100 %, on peut se demander si la proportion de mineures ayant recours à l'IVG plus importante dans ce département (9% contre 6% pour la moyenne régionale) n'est pas liée à cette exhaustivité. Il peut alors être utile d'étudier

l'âge des patientes dans le groupe homogène de malades correspondant aux interruptions de grossesse.

- L'étude des dossiers médicaux des patientes notamment pour comparer les informations qu'ils contiennent à celles des bulletins telle l'étude conduite en Alsace en 1997.(20)

5.1.2 L'enquête auprès des établissements de santé a été conduite selon deux modalités.

La moitié des établissements a pu être visitée alors que les autres ont été sollicités par courrier. Les réponses obtenues lors d'entretien sont plus riches et dépassent le cadre du questionnaire. Ont pu être abordés les thèmes suivants : IVG itératives, pilule du lendemain, IVG tardives, actions de prévention...

Pour certains items, il aurait été utile de préciser que l'activité IVG était spécifiquement concernée. Par exemple, il est difficile d'interpréter les réponses des établissements concernant les protocoles de lutte contre la douleur. (Certaines réponses positives correspondent à des protocoles non spécifiques, d'autres réponses négatives ne correspondent pas à l'absence de protocoles)

5.1.3 A partir de données imprécises, des résultats relatifs.

Les calculs ont pour objectif de pondérer les réponses des établissements mais n'ont pas de valeur absolue :

- Ils sont basés sur des données déclaratives et sur l'analyse de bulletins statistiques d'IVG qui ne sont pas exhaustifs
- Ils sont basés sur l'activité déclarée en 2000 : les cessations d'activité en Ardenne et dans l'Aube et la fusion de deux cliniques de la Marne vont entraîner des modifications du nombre d'actes dont on ne peut préjuger.
- Un complément utile à la pondération des résultats serait apporté par une étude des bulletins statistiques d'interruption de grossesse par établissement et non plus globalement.

Cependant, le fait d'avoir appliqué la même procédure pour chaque établissement, et a fortiori pour chaque département, donne un caractère objectif aux comparaisons, résultats du tableau quantifié

5.2 DISCUSSION DES RESULTATS

5.2.1 Projets de service

Ils doivent permettre de valoriser l'activité et de fédérer le personnel autour d'objectifs communs.

Ainsi, les projets de service existant devraient être étudiés afin de connaître l'importance de la place faite à l'IVG ainsi que les objectifs fixés pour les comparer aux priorités dégagées par ce travail.

5.2.2 L'accessibilité à l'IVG

Elle est un enjeu majeur. Or, les résultats pointent les dysfonctionnements mais manquent de précision. Méritent d'être étudiés au sein des établissements de façon prospective les délais précis de rendez-vous mais surtout le nombre et le motif des refus de rendez-vous ainsi que l'orientation des patientes. Pourront alors être mise en œuvre des solutions adaptées ; chaque établissement pourra se fixer un objectif d'amélioration réaliste et en suivre la réalisation.

Les cessations d'activité paraissent avoir peu de conséquence en terme de résultats chiffrés mais la dimension sociale de l'accès à l'IVG ne saurait être négligée ; les dysfonctionnements du système de santé sont particulièrement préjudiciables aux femmes en situation précaire (17, 21)

Il est inconcevable que ne puissent être accueillies des femmes en situation de détresse.

5.2.3 Prise en charge technique de l'IVG

Les techniques d'intervention, d'anesthésie ainsi que la prise en charge de la douleur sont objet d'études scientifiques complémentaires. Ainsi, l'anesthésie locale au cours de l'IVG est discutée

Elle présente les avantages suivants : (21, 28)

- Réalisée par l'opérateur lui-même, elle mobilise moins de personnel et est simple à mettre en œuvre.
- Elle est moins coûteuse que l'anesthésie générale
- Elle est moins risquée et sa morbidité est plus faible

Par contre:

- L'intervention est douloureuse tant sur le plan physique que psychologique. (Il faut supporter la bruit de l'aspiration) ; Elle est traumatisante pour la femme.
- L'anesthésie locale exige plus de disponibilité des équipes médicales auprès de la patiente
- L'intervention demande plus de temps, les gestes sont plus lents.
- Les progrès en matière d'anesthésie générale et de sécurité anesthésique rendent les risques d'accident exceptionnels. Ces progrès ne sont pas pris en compte par la littérature médicale comparant les modes d'anesthésie en cas d'IVG et les références sont relativement anciennes

Selon le rapport Nisand « le choix des femmes varie en fonction des caractéristiques socio-démographiques, psychologiques et en fonction de leur jugement sur les risques liés à la méthode. » (21)

« les expériences étrangères (Hollande, Grande Bretagne, Pays-Bas) démontrent que l'IVG sous anesthésie locale peut se faire dans d'excellentes conditions...d'autant que les nouvelles prostaglandines permettent d'éviter en tout ou partie le geste douloureux de la dilatation cervicale » (53)

Le recours à l'IVG médicamenteuse, les évolutions des techniques de dilatation du col et les résultats d'études plus récentes conduiront à des évolutions du débat. (25, 26, 51)

Dans l'immédiat, pour compléter le travail présenté ici, les complications des IVG, sous-déclarées dans le secteur privé, pourraient être étudiées tant sur le plan quantitatif que qualitatif en se reportant aux dossiers des patientes.

5.2.4 Accompagnement

Les nouvelles dispositions législatives suppriment l'entretien social obligatoire pour les femmes majeures. L'activité des conseillères conjugale va donc évoluer et se pose la question du rôle et de la place qui leur seront dévolus au sein des établissements de santé dans les années à venir.

5.3 DISCUSSION DE L'OBJECTIF DE L'ETUDE

Ce travail est volontairement centré sur la prise en charge sanitaire de l'IVG dans les établissements de santé au travers des recommandations de l'ANAES. Il est donc limité.

- Cet abord ne prend pas en compte les difficultés de recrutement de personnel et, notamment pour la Champagne-Ardenne, les problèmes soulevés par la démographie médicale dans un secteur géographique peu attractif
- La prise en charge sanitaire de l'IVG n'est pas qu'hospitalière; Les médecins généralistes absents de cette étude, ont un rôle à jouer non seulement relatif à la prévention et à l'observance dans le temps de la contraception mais aussi dans l'accompagnement lors de l'IVG. Si aujourd'hui de l'avis des conseillères conjugales et des praticiens hospitaliers concernés, les patientes tiennent leur médecin généraliste à l'écart de leur demande d'IVG, il pourrait cependant participer à leur orientation et leur suivi notamment dans le cas d'IVG médicamenteuse (27).
- La prise en compte de l'avis des femmes, les premières concernées, est incontournable pour répondre à l'objectif d'amélioration initialement fixé et apporter un éclairage qualitatif aux chiffres présentés. Cet avis que la démocratie sanitaire et la place voulue pour les usagers imposent de recueillir pourrait relativiser l'ordre des priorités tel qu'établi au terme de ce travail.
- La prise en compte de l'IVG ne peut être que globale. Sa prise en charge est indissociable des aspects de prévention aux dimensions multiples : éducation pour la santé, information, recherche en matière de contraception, mais aussi prise en compte des aspects sociaux, financiers et culturels sur lesquels insiste le dernier rapport du Haut Comité de la Santé Publique (17)

« La réduction des inégalités sociales d'accès à la contraception pourrait être l'un des objectifs prioritaires d'une politique de prévention nécessitant de concevoir des programmes ciblés. »

6 - PROPOSITIONS

Les propositions doivent permettre de répondre aux objectifs prioritaires :

- Favoriser l'accès à l'IVG et assurer la continuité du service public
- Permettre le choix des femmes et améliorer leur accompagnement
- Valoriser l'activité IVG
- Accroître l'exhaustivité et la qualité de remplissage des bulletins de déclaration obligatoire

Outre la prise en charge des IVG dans les établissements de santé, seront ici pris en considération d'autres aspects évoqués avec les professionnels rencontrés. Ainsi, seront envisagés quelques propositions relatives à la prévention de même que le rôle du médecin inspecteur de santé publique (MISP)

6.1 ORGANISER LA PRISE EN CHARGE DES IVG AU PLAN REGIONAL

Cette organisation peut faire l'objet d'un avenant au schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) périnatalité comme dans d'autres régions. (14)

Cet avenant, élaboré en partenariat entre établissements de santé, autorités de tutelles, Organisme d'assurance maladie, praticiens hospitaliers et libéraux ainsi que représentants des usagers pourrait :

- Organiser la continuité du service public en prévoyant des conventions inter-établissements (14)
- Fixer des objectifs et inciter à l'élaboration de projets de service en lien avec les priorités décrites

6.1.1 Assurer la continuité des soins, obligation de service public. (45)

Dans les établissements où un seul praticien assure les IVG et dans ceux connaissant des difficultés de fonctionnement lors de périodes de congés, il y a lieu de prévoir la réorientation des femmes sur la base de conventions inter-établissements précises.

Ces conventions peuvent également concerner l'impossibilité ou le refus de prise en charge des IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée

A ce jour, la création de structures régionales ou départementales de référence réalisant les IVG tardives n'est pas prévue par les textes. Souhaitées par de nombreux praticiens, ces

structures nécessiteraient un débat entre partenaires concernés (CRN, ARH, Assurance Maladie, praticiens, usagers...) quant-à son rôle, son utilité, son organisation et ses moyens. Devant les réticences exprimées par le corps médical, il est licite de se demander quel praticien accepterait la responsabilité du fonctionnement d'un tel centre.

Les conventions inter établissements devraient être portées à la connaissance de tous les établissements, des centres de planification familiale, des praticiens libéraux, dans un souci de transparence et afin d'éviter aux femmes des pertes de temps et un allongement des délais d'intervention.

Les dates des périodes de cessation d'activité, si elles sont incontournables, pourraient être transmises à la DRASS ou à la CRN qui relayeraient l'information auprès des professionnels cités mais aussi auprès de la permanence téléphonique régionale relative à la contraception et l'IVG.

6.1.2 Fixer des objectifs et inciter à l'élaboration de projets de service propre à l'IVG

Définis en concertation, et inscrits dans le SROS, les objectifs ont vocation à être déclinés au sein de chaque établissement de santé dans les projets de service de gynécologie-obstétrique. Ces projets permettent de valoriser l'activité, de favoriser la cohérence des équipes et leur motivation. Intégrés dans les projets d'établissement, ils peuvent alors être discutés dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens conclus avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation

Selon la situation de l'établissement au regard des priorités, les projets peuvent prendre en compte des objectifs ayant trait aux thèmes suivant :

L'accueil avec :

- La mise en œuvre d'une signalétique adaptée et d'une ligne téléphonique spécifique avec répondeur, donnant outre les heures d'ouvertures, des indications sur les démarches à effectuer, diagnostic de grossesse, contraception d'urgence.
- La formation du personnel à l'accueil, et notamment celle des secrétaires médicales qui sont souvent le premier contact des femmes avec l'établissement, est un complément indispensable de ces améliorations matérielles
- Des protocoles de collaboration relatifs à la contraception d'urgence et à l'IVG entre les services de gynécologie-obstétrique, les services d'urgences et les permanences d'accès aux soins de santé.
- L'amélioration des délais de rendez-vous qui doivent être inférieurs à 5 jours. Des procédures d'orientation précises doivent être prévues en d'impossibilité d'accueil.

Le développement de techniques non encore utilisées pour les proposer aux patientes.

- Formations spécifiques pour les praticiens
- Formations techniques et psychologiques à proposer aux équipes pour la mise en œuvre de la méthode médicamenteuse.
- Développement de la prise en charge en ambulatoire pour l'IVG chirurgicale

L'accompagnement des femmes qui demandent l'IVG

en organisant par exemple les éléments suivants :

- Regroupement des consultations pré-IVG et consultation d'anesthésie
- Recours à une conseillère conjugale ou une assistante sociale si besoin
- Etablissement et remise aux femmes de documents spécifiques relatifs à l'IVG et à la contraception
- Procédures de relance en cas de non venue à la consultation post IVG.
- Recueil et la prise en compte de l'avis des femmes ayant eu recours à l'IVG.

La participation à des actions de prévention

- En prévoyant des conventions de collaboration avec l'Education Nationale, les services de PMI ou les centres de planification familiale. Ces conventions peuvent définir des programmes et des modalités d'intervention
- En renforçant les échanges avec les praticiens libéraux : organisation de réunions d'information ou de formation médicale continue.

6.2 DEVELOPPER LES ECHANGES PROFESSIONNELS

La formation est un moyen incontournable d'atteinte des objectifs du SROS et ceux des projets de service. En complément de formations techniques et outre la concertation lors des travaux préparatoires à l'élaboration du SROS, la CRN et la DRASS, qui ont une vision globale des pratiques dans la région, peuvent encourager et favoriser les échanges de pratiques et d'expérience en mettant en relation les professionnels intéressés.

Les thèmes peuvent concerner : l'organisation des soins, la prise en charge de la douleur, l'élaboration de documents spécifiques d'information à l'usage des patientes... et rassembler selon les cas gynécologues hospitaliers et libéraux, anesthésistes, médecins généralistes, sages-femmes, conseillères conjugales...

6.3 RENFORCER CERTAINES EQUIPES HOSPITALIERES

Le rapport Nisand préconise la détermination d'une fourchette indicative de moyens nécessaires (personnels, locaux, matériels) pour assurer un service de qualité en fonction du nombre d'IVG réalisées. (21)

Malgré l'absence de données disponibles, il y a lieu de réévaluer les effectifs médicaux au Centre Hospitalier de Charleville-Mézières au regard des récentes cessations d'activité en orthogénie du secteur privé. Les effectifs actuels sont de 0,4 ETP pour les médecins et de 0,15 ETP de sage femme pour plus de 400 IVG par an.

Par comparaison le CH de Saint Dizier assure 200 à 250 interventions avec un effectif médical de 0,5 ETP. Le CHU de Reims et le CH de Troyes pour une activité comparable à celle de Charleville, ont recours aux internes de spécialités.

Une augmentation des effectifs est donc justifiée d'autant que les deux autres établissements publics ardennais ne fonctionnent qu'avec un seul praticien (suspension d'activité lors des congés)

Un effectif tel que souhaité par le CH de Charleville-Mézières soit 0,8 ETP de médecin et 0,2 ETP de sage femme, mérite d'être envisagé soit en proposant des augmentations d'activité aux personnes déjà en poste soit en procédant à de nouveaux recrutements.

Dans les établissements où un seul médecin est responsable de l'activité, le recours à un remplaçant devrait se discuter mais se heurte en pratique à des difficultés : statut, rémunération, démographie médicale défavorable constituent autant d'obstacles aux recrutements.

6.4 ASSURER LE SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE DES IVG ET DE LEUR PRISE EN CHARGE

Des indicateurs pertinents doivent être discutés et élaborés au sein des établissements de santé afin de suivre la réalisation des objectifs fixés dans le projet de service.

D'autres indicateurs au plan régional doivent permettre de répondre aux interrogations de la CRN et de suivre les évolutions au regard des priorités fixées dans le SROS.

Propositions d'indicateurs

| Tableau de bord d'un établissement de santé | Tableau de bord régional |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Nombre total d'IVG • Nombre d'IVG chez les mineures • Nombre d'IVG itératives • Terme des grossesses et proportion d'IVG médicamenteuses et chirurgicales • Proportion d'anesthésie locale • Nombre et motif des refus de rendez-vous. Délai de rendez-vous • nombre d'IVG de 12 à 14 SA • Nombre de femmes ayant eu recours à l'entretien social (prévoir la collaboration avec les professionnels concernés) • Nombre, thème des interventions de prévention assurées par les médecins de l'établissement • Indicateurs de satisfaction des usagers | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'IVG pour 100 naissances et 1000 femmes de 15 à 49 ans • Nombre d'IVG chez les mineures par département • Age des femmes • Terme des grossesses • Proportion d'anesthésie locale et générale • Proportion d'IVG chirurgicales et médicamenteuses. • Exhaustivité et qualité de remplissage des bulletins de déclaration obligatoire. • Nombre et thèmes des actions de prévention régionales • Suivi des appels auprès de la permanence téléphonique régionale. |

Le suivi de ces indicateurs est utile pour :

- ⇒ Adapter les messages de prévention en fonction des publics repérés.
- ⇒ Améliorer l'organisation et la prise en charge au plan régional.
- ⇒ Améliorer la qualité des soins au sein de chaque structure.
- ⇒ Apporter à chaque femme une réponse individuelle adéquate à sa situation spécifique.

La qualité de remplissage des bulletins incombe à chaque praticien réalisant les IVG. Par contre, l'exploitation rapide des données en vue de résultats annuels complets et précis ainsi que la diffusion régulière de ces résultats auprès des professionnels concernés est un facteur certain de motivation pour ce qui paraît au plus grand nombre comme une formalité administrative.

Le suivi d'indicateurs définis de façon concertée dans le cadre d'un projet de service est également facteur de motivation pour le recueil de données épidémiologiques.

6.5 CREER UNE INSTANCE DE COORDINATION REGIONALE EN MATIERE D'IVG ET DE CONTRACEPTION

Cette instance (proposée dans le rapport Nisand) pourrait être rattachée à la CRN et être constituée de membres de la CRN mais aussi de représentants des Conseils Généraux et des centres de planification familiale, d'associations, de représentants des usagers, de l'Education Nationale, de la Délégation Régionale aux Droits des femmes.

Cette instance est fondamentale à une bonne coordination des acteurs en matière d'orthogénie et doit fédérer autour d'objectifs communs.

Elle aurait pour mission de :

- Détecter les dysfonctionnements au sein des établissements de santé et de proposer des solutions. (Par exemple continuité des soins en période estivale, difficultés de prise en charge des IVG tardives...)
- Discuter et proposer des indicateurs de suivi pertinents relatifs à l'IVG et la contraception.
- Analyser les indicateurs régionaux et départementaux pour dégager des priorités d'actions
- Réfléchir sur des thèmes spécifiques et formuler des recommandations : actions d'éducation à la santé, formation des personnels des centres IVG, actions en faveur des jeunes, actions pour que les femmes demandant une IVG se présentent précocement...

6.6 PROPOSITIONS RELATIVES A LA PREVENTION

La prévention, dans ses différents aspects, mérite à elle seule une étude à part entière. Tout au long de ce travail, elle a cependant été abordée avec les interlocuteurs rencontrés tant elle est indissociable des aspects de prise en charge. Si des propositions très générales concernent la région Champagne-Ardenne au même titre que d'autres, certaines paraissent plus spécifiques et méritent d'être approfondie.

6.6.1 Faire connaître la permanence téléphonique régionale : « Info contraception-IVG »

Selon différentes enquêtes (36), 75 % des IVG seraient dues à un échec de la contraception et 25 % consécutives à l'absence de méthode contraceptive. 10 % des demandes d'IVG sont dues à des échecs d'une méthode sûre : contraception hormonale ou stérilet.

Si le rapport Gine (19) indique que les échecs de la contraception ne sont pas tous évitables, une amélioration peut être obtenue en permettant aux femmes « de véritablement choisir elles-mêmes une méthode adaptée à leur vie et leur sexualité. »

Favoriser l'accès à la contraception (36,42,47,49) suppose notamment:

- Une offre diversifiée et le développement de la recherche (48,49)
- Une amélioration du remboursement des méthodes contraceptives (20; 38)
- l'information du public et des femmes

L'accent mis sur la prévention du Sida a fait passer au second plan les autres maladies sexuellement transmissibles, la contraception et les grossesses non désirées. Or, les campagnes nationales d'information délivrant des messages clairs et précis avec des outils adaptés doivent permettre d'informer et notamment de lutter contre les idées reçues en matière de sexualité et de contraception.

Deux campagnes paraissent aujourd'hui indispensables aux spécialistes (47,49) :

- Une campagne auprès des jeunes sur la nécessité d'une double protection (pilule plus préservatif) afin d'éviter les grossesses sur préservatif.
- Une campagne relative à la contraception d'urgence pour informer toutes les femmes de cette possibilité avant qu'elles n'aient besoin d'y avoir recours.

Pour avoir un impact ces campagnes doivent être répétées et relayées et les permanences téléphoniques régionales ont un rôle à jouer.

En Champagne Ardenne, la mise en œuvre de cette permanence a été confiée à la Délégation Régionale aux Droits des Femmes au cours de l'été 2000. Deux améliorations pourraient contribuer à une meilleure efficacité (un premier bilan montre un nombre d'appels réduits de 10 à 15 par mois)

- Des campagnes régionales répétées de diffusion du numéro de cette permanence auprès des collègues et lycées, des professionnels de santé, médecins, pharmaciens et travailleurs sociaux... Les moyens (annonces de presse, radios et télévision régionales, affiches, dépliants, plaquettes...), la stratégie, les cibles, le renouvellement de ces campagnes et leurs adaptations en fonction de publics spécifiques pourraient être discutés au sein de l'instance régionale de coordination en matière d'IVG et de contraception.
- La gratuité des appels : le numéro actuel est un numéro indigo au coût de 0,12 euros la minute (soit 0,79 francs)

6.6.2 Associer les médecins généralistes à la prévention et la prise en charge

Ils sont amenés à prendre le relais des gynécologues obstétriciens qui sont aujourd'hui moins nombreux. Les nouvelles dispositions législatives prévoient que les praticiens libéraux pourront prendre en charge en partie les IVG dans le cadre de convention les liant à des établissements de santé autorisés. Un décret précisera les modalités de mise en oeuvre. (4,12) .

La Champagne-Ardenne comptait, en janvier 2000, 111 médecins gynécologues ou obstétriciens et 1 374 médecins généralistes¹

Dès à présent, les praticiens généralistes doivent être formés aux enjeux psychologiques et sociaux de la contraception et de l'IVG (19). Ils peuvent aider au choix d'une méthode contraceptive en fonction des attentes et possibilités de la patiente, apporter une information initiale adaptée en rassurant et combattant les idées reçues et surtout réitérer les informations afin de favoriser l'observance de la méthode choisie. (47)

Sensibilisés à la contraception d'urgence, ils devraient disposer des pilules nécessaires afin de répondre aux demandes des femmes dans le cadre de consultations de proximité. (42)

Le rôle du généraliste est également essentiel en cas de demande d'IVG : il peut informer et guider la femme dans le choix de la méthode, engager les démarches auprès d'une structure d'accueil, assurer un accompagnement et veiller ensuite à la bonne acceptation et observance de la contraception prescrite.

« le rôle du premier professionnel de santé rencontré, sa connaissance des filières d'accès et son attitude sont déterminants pour permettre un accès facile et rapide au centre d'IVG » (Rapport Gine, 19)

Il est donc indispensable que les médecins soient informés au sein de chaque département des possibilités de prise en charge. La diffusion d'information pourrait être organisée en lien avec les DDASS et Conseils Départementaux de l'Ordre.

6.6.3 Mener des actions de prévention en faveur des jeunes

Alors que le nombre absolu de grossesses chez les adolescentes a fortement baissé au cours des vingt dernières années, le nombre absolu d'avortements chez les mineures est resté stable. En cas de grossesse, le recours à l'avortement est plus fréquent. (31,33)

¹ Source : Conseil National de l'Ordre des médecins Démographie médicale française Situation au 1^{er} janvier 2000 Etude N° 33 en partenariat avec le CREDES. Novembre 2000.

En Champagne Ardenne, en 1996 comme en 2000, 6% des IVG concernent les mineures (174 IVG en 2000)

Les actions spécifiques de prévention ont au moins une double justification : (21, 23)

- Les mineures constituent un groupe à risque d'IVG itératives : la probabilité d'avoir un avortement supplémentaire augmente avec le nombre d'avortements déjà subis et avec l'âge lors du premier avortement.
- L'IVG, en début de vie sexuelle, peut constituer une véritable agression psychologique dont le retentissement réel demeure mal connu.

Les études montrent que : (19, 26, 33, 34, 35)

- Le préservatif utilisé isolément n'est pas une méthode suffisamment efficace chez les jeunes.
- Les méthodes efficaces telles la pilule ne sont pas adaptées à une vie sexuelle irrégulière et la contraception orale vécue comme contraignante n'apparaît plus aussi « incontestable » aux générations les plus jeunes.
- L'absence totale de contraception est plus fréquente que chez les adultes

Les intervenants sont multiples : parents, enseignants, centres de planification familiale, médecins libéraux, médecins des établissements de santé assurant les IVG, travailleurs sociaux. Leur coordination est indispensable à une prévention efficace.

- ***Instaurer des partenariats dans le cadre de l'Éducation Nationale***

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et la contraception instaure (Art L 312-16) trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées avec possibilité de recours à des intervenants extérieurs. Les modalités de mise en œuvre devront être précisées entre les différents ministères concernés (12)

Ces interventions existent déjà dans certains établissements de Champagne-Ardenne mais sont souvent le résultat d'initiatives isolées de la part d'un enseignant ou d'une infirmière scolaire qui invite un professionnel (médecin ou conseillère conjugale) de sa connaissance.

La mise en œuvre des nouvelles dispositions législatives est l'occasion de réfléchir aux partenariats à instaurer et à formaliser au sein de l'Éducation Nationale : partenariat avec les centres de planification familiale, les services hospitaliers de gynécologie-obstétrique, les omnipraticiens...

Reste à vaincre les réticences de certains enseignants ou parents qui craignent d'initier des comportements sexuels prématurés. (25, 29,35)

- **Utiliser les compétences des conseillères conjugales**

Les centres de planifications familiales permettent aux mineures d'avoir accès gratuitement à des consultations médicales et à la délivrance de contraceptif. (34)

La nouvelle législation en vigueur, supprimant l'obligation de l'entretien social pour les femmes majeures demandant une IVG va modifier sensiblement le rôle des conseillères conjugales. Or, ces professionnelles ont une expérience des jeunes tant lors d'entretien individuel que lors d'interventions collectives par exemple en collège et lycées.

Une réflexion est à mener en partenariat avec les Conseils Généraux pour permettre :

- un élargissement de l'ouverture de certains centres de planification de la région
- Une collaboration avec les structures destinées au public jeune (établissements scolaires mais aussi missions locales, espaces jeunes, clubs, associations..) afin que les conseillères conjugales puissent aller vers les jeunes qui ne se rendront pas dans les centres de planification et puissent atteindre notamment ceux qui sont exclus du système scolaire

.

Faciliter l'accès à la contraception d'urgence (5, 26, 42, 49, 52, 54)

Même lorsque la jeune fille en connaît l'existence, cette méthode reste difficile d'accès : la plupart des rapports non protégés ont lieu le week-end quand le personnel des centres de planification et les médecins sont peu accessibles.

La « pilule du lendemain » (Norlevo®) est accessible sans ordonnance depuis juin 1999 .Elle est gratuite depuis janvier 2002 (5) mais la démarche dans une pharmacie peut rester difficile pour une adolescente.

Le Norlevo® peut être délivré par les infirmières scolaires aux jeunes filles en situation de détresse sous réserve d'un accompagnement et d'une mise en contact avec un centre de planification familiale. La procédure est jugée lourde par les infirmières scolaires en effectifs insuffisants (5 700 pour plus de 12 millions d 'élèves, soit une infirmière pour plus de 2000 élèves) et parfois absentes de certains établissements.(26)

Une plus large diffusion de la contraception d'urgence peut être obtenue par sa disponibilité auprès des généralistes, des services d'urgences hospitalières, des pédiatres. L'information des professionnels de santé est primordiale (19,23)

Diffuser largement le numéro de la permanence téléphonique régionale « info contraception-IVG » auprès des jeunes avec distribution large et renouvelée de plaquettes d'information.

Cette permanence a sa place au sein du dispositif de prévention pour les jeunes en milieu rural ou ceux qui ne sont plus scolarisés.

La relance durable de l'information sur la contraception et la diffusion de la pilule du lendemain devrait réduire le taux de recours à l'avortement chez les jeunes filles et permettre d'atteindre les résultats observés aux Pays Bas : 14 IVG pour 1000 jeunes de 16 à 19 ans contre 43 en France. (36)

6.6.4 Coordination des acteurs

Elle concerne, dans un souci d'efficacité et de cohérence les différents acteurs de la prévention mais aussi la coordination entre acteurs de prévention et acteurs de prise en charge de l'IVG.

L'instance de coordination régionale en matière d'IVG et de contraception devrait donc répondre à des missions spécifiques en matière de prévention :

- par la prise en compte de problématiques régionales et départementales
- par l'ouverture à tous les partenaires en tenant compte de leurs logiques et de leurs contraintes.
- par la constitution, le cas échéant de groupes de travail sur des thèmes spécifiques

L'importance des enjeux justifie le temps et l'énergie à consacrer à la fédération autour de projets communs.

6.7 ROLE DU MEDECIN DE SANTE PUBLIQUE

6.7.1 En DDASS

Son rôle comporte :

La participation à la résolution des dysfonctionnements :

Le médecin inspecteur de santé publique (MISP) se doit d'être à l'écoute des usagers et des établissements de santé dans les difficultés de prise en charge des IVG. Chaque fois que nécessaire, il est relais d'information auprès de la DRASS, de la CRN et de l'ARH pour expliquer les problèmes rencontrés

Il joue le rôle d'interface entre les établissements et l'ARH si une adéquation des moyens aux missions s'avère nécessaire.

Au plus près du terrain, il doit être en mesure de proposer des solutions et d'en discuter la faisabilité avec les médecins et directeurs d'établissements concernés.

L'information et la communication.

Le MISP assure la diffusion d'informations relatives à l'organisation de la prise en charge des IVG auprès des médecins libéraux du département notamment par les contacts établis avec le Conseil Départemental de l'Ordre (dispositions spécifiques en période estivale par exemple)

Il relaie au sein du département les campagnes nationales d'information en matière de contraception et assure la mise en œuvre départementale d'actions ou de mesures décidées par la CRN à qui il fournit toutes données utiles (épidémiologie, organisation des soins)

La coordination des acteurs de terrain en matière de prévention et contraception

Le MISP favorise les échanges et les partenariats, par exemple entre inspection académique et centres de planification familiale. Il travaille en collaboration avec médecins scolaires, représentants des associations et soutient les projets locaux.

6.7.2 En DRASS

Le MISP en charge du dossier périnatalité doit faciliter le travail de la CRN en lui fournissant toutes informations utiles et en assurant la synthèse des informations en provenance des différentes DDASS. De même, il assure un retour d'information de la CRN vers ses collègues départementaux.

Au niveau de l'ARH il peut ainsi contribuer à l'élaboration du SROS par sa connaissance régionale de la prise en charge de l'IVG.

Il favorise échanges et partenariat entre les différents acteurs régionaux notamment en assurant une large diffusion des informations, en organisant et préparant les réunions de travail.

Par son rôle d'interface entre les instances régionales et départementales, il est garant de la cohérence des actions et des mesures mises en place

| AXES | OBJECTIFS | MOYENS |
|--|--|--|
| Assurer l'accessibilité | Continuité du service public Accès à l'IVG tardive | SROS avec conventions inter-établissements |
| Permettre le choix des femmes | acquérir les techniques informer les femmes raccourcir les délais de rendez-vous | Projet de service Formation aux techniques Echanges de pratiques professionnelles |
| Améliorer l'accueil et l'accompagnement | Regrouper les consultations relances pour les consultations post IVG créer signalétique et accueil téléphonique spécifiques | Projet de service Formation (secrétaires) |
| Valoriser l'activité | Motivation et cohésion des équipes recrutement de personnel | Projet de service Formation Participation aux actions de prévention : conventions avec d'autres partenaires |
| Améliorer l'exhaustivité et qualité des déclarations obligatoires d'interruption de grossesse | | définir des indicateurs pertinents en lien avec les projets et le suivi du SROS Organiser le retour d'information: CRN, DRASS |

Tableau 7 : priorités d'action et propositions

7 - CONCLUSION

Cette étude constitue un premier état des lieux des caractéristiques des demandes d'IVG et de leur prise en charge en Champagne Ardenne. Elle permet de dégager des priorités d'actions pour les années à venir mais doit être complétée par le recueil indispensable de l'avis des femmes qui sont les premières concernées.

Cet état des lieux a également pour objectifs de permettre les comparaisons ultérieures, d'évaluer les actions menées et de prendre en compte les évolutions. En effet, photographie instantanée, il n'a qu'une valeur relative face aux changements qu'impliquent le développement de nouveaux modes de contraception, la diffusion de la contraception d'urgence, l'amélioration des techniques d'IVG médicamenteuses mais aussi les nouvelles dispositions législatives.

Alors que la loi maintenant en vigueur permet l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée, la priorité reste bien à la prévention et en cas d'échec, au recours à l'IVG le plus précocement possible. Les efforts de tous les professionnels concernés sont indispensables à un réel choix des femmes dans la maîtrise de leur fécondité. La qualité et la répétition d'informations personnalisées sont primordiales.

Cependant, même une large diffusion de la contraception n'entraînera pas la suppression des demandes d'IVG : Qualité et continuité des soins restent donc des objectifs primordiaux de prise en charge.

Les propos du Docteur Hassoun sont toujours d'actualité : (33)

« L'avortement reste bien l'expression de la contradiction du désir et des réalités sociales, économiques et familiales et il ne peut être compris qu'en tenant compte du statut de la femme et de la place de l'enfant dans notre société...

La pratique de l'avortement dans de bonnes conditions sanitaires mais aussi psychologiques est un enjeu de santé publique car il donne aux femmes la possibilité de la maternité librement choisie, facteur essentiel de la qualité de la grossesse, de la naissance et de la relation parent enfant. »

Bibliographie

1 Lois, règlements, circulaires

1. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse
2. Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse
3. Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence
4. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
5. Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence
6. Arrête du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance
7. Circulaire DGS/SP 2 n° 99-394 du 6 juillet 1999 relative à la mise en place des commissions régionales de la naissance.
8. Circulaire n° DH/EO3/DGS/DRESS/SeDF/99/628 du 17 novembre 1999 relative à l'organisation et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesses (IVG) dans les établissements de santé publics et privés.
9. Circulaire MES/CAB/2000/001 du 10 janvier 2000 relative à la campagne d'information sur la contraception.
10. Circulaire n° DH/DGS n°2000/347 du 26 juin 2000 relative à l'amélioration de l'organisation des interruptions volontaires de grossesse : fonctionnement des permanences téléphoniques régionales et continuité du service public pendant l'été.
11. Circulaire n° DHOS/DGS/n° 2001-338 du 13 juillet 2001 relative à l'organisation et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesses (IVG) dans les établissements de santé publics et privés en période estivale.
12. Circulaire N° DGS/DHOS/2001/467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

2 Rapports et enquêtes

13. ANAES. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines
Service des recommandations et références professionnelles. Mars 2001.

- 14 Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine
Enquête relative à la pratique de l'IVG dans les établissements de santé lorrains.
Année 2000. Suivi du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Périnatalité. Février
2001.
15. Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales. DREES.
Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. Statiss 2001. Les régions
françaises. Avril 2001
16. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Champagne-Ardenne
Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social. Statiss 2001 Champagne-Ardenne.
Mai 2001.
- 17 Haut Comité de Santé Publique
La Santé en France. Janvier 2002. P 106-109.
- 18 INED. Statistiques de l'avortement en France. Annuaire de 1990 à 1996.
19. INSERM. Accès à la contraception et à l'IVG en France. Premiers résultats de
l'enquête GINE. Octobre 2000.
20. Lavigne T., Montalvo O.
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Alsace. Etude descriptive et
qualitative de la déclaration de l'IVG en Alsace en 1997. Décembre 1998.
- 21 Nisand I. L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent
les femmes. Rapport réalisé à la demande du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
1999.
22. Sénat. Rapport fait au nom de la commission des Affaires Sociales sur la projet de loi
adopté par l'assemblée nationale après déclaration d'urgence relatif à l'interruption
volontaire de grossesse et à la contraception (Rapport n°210) Janvier 2001.
- 23 Uzan M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des
adolescentes. Rapport réalisé à la demande du Ministère de l'Emploi et de la
Solidarité. 1998.

3 Ouvrages et publications

24. Baulieu E.-E. Deux semaines : Question d'éthique ? *Le Monde*. 1^o décembre 2000
25. Blayo C. Le point sur l'avortement en France. *Population et Sociétés*. 1997, **325** : 1-4.
26. Bronner L.U.C. La « pilule du lendemain », un pis-aller et une avancée. *Le Monde de l'Éducation*. Janvier 2000 ; **277** : 40-41.
27. Bureau A., Dagousset I. IVG médicamenteuse : possible chez la plupart des femmes. *La Revue du Praticien*. 2000 ; **14** : 1377-1381.
28. Camus E, Nisand I. Interruption volontaire de grossesse : Législation, épidémiologie, complications. *La Revue du Praticien*. 1999 ; **49** : 107-113.
29. Cesbron P. Prise en charge des demandes tardives d'interruption de grossesses en France. *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 1998 ; **26** : 321-355.
30. Coumeau C., Gaudin F., Charent I., Langlois G. Contraception, IVG. Vingt-cinq ans après, l'heure de la relance. *Impact Médecin Hebdo*. 2000 ; **477**: 8-18
31. Darbois Y. Faut-il assouplir les règles de l'IVG en France ? *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2000 ; **28** : 476-81
32. Garel M., Crost M., Kaminski M. Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives. Enquête dans trois centres français. *Contraception, Fertilité, Sexualité*. 1996 ; **24** : 72-77
33. Hassoun D. Les conditions de l'interruption de grossesse en France. *Contraception Fertilité, Sexualité*. 1997 ; **25** : 915-920
34. Helfter C. Le planning familial à l'écoute des adolescentes. *Actualités Sociales Hebdomadaires*. 1999 ; **2139** : 21-22.
35. Kafe H., Brouard N. Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? *Populations et Sociétés*, 2000 ; **361** : 1-4
36. Kahn-Nathan J. La prévention de l'IVG. *Contraception, Fertilité, Sexualité*. 1997 ; **11** : 833-835.

37. Kaminski M., Crost M. Les interruptions volontaires de grossesses : des caractéristiques stables. *Solidarité Santé*. 1997 ; **2** : 85-95
38. Kaminski M., Crost M., Garel M., Les IVG répétées en France : analyse des bulletins statistiques d'IVG. *Contraception, Fertilité, Sexualité*. 1997 ; **25** : 152-158
39. Kremer P. La loi autorisant les avortements tardifs n'est que partiellement appliquée *Le Monde* ; 4 février 2002 : 10
40. Le Corre M., Thomson E. Les IVG en 1998. *Etudes et résultats*. DREES. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 2000 ; **69** : 1-4.
41. Le Van C., Le Gall D. Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues. Paris, l'Harmattan ; 1998 : 204p.
42. Lopes P., Mensier A. Contraception, méthodes, contre-indications, surveillance. *La Revue du Praticien*, 2000 ; **50** : 451-460.
43. Marino L. Moins de grossesses, plus d'avortements chez les mineures. *L'infirmière-Magazine*, 2000 ; **154** : 6
44. Nisand I. Faut-il assouplir encore les règles de l'interruption volontaire de grossesse en France? *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2001 ; **29** : 409-412.
45. Nisand I, Barrata N. L'IVG fait partie des missions du service public. *Décision Santé*. 1999 ; **4** : 34-35
46. Ntaganiral., Germain M., Guilbert E., Les facteurs associés au non-retour à la visite de suivi précoce post-avortement. *Canadian Journal of Public Health*. 1998 ; **89** : 62-65
47. Oddens B., Guis F. L'observance et l'oubli de la pilule en France en 1995. *Contraception, Fertilité, Sexualité*. 1996 ; **4** : 290-296.
48. Peneau C. IVG tardive et pilule du lendemain. Le oui, mais... des médecins. *Impact Médecin Hebdo*; 2000 ; **503** : 40-45
49. Picallo P. Interruption volontaire de grossesse : la prévention en dix points. *Impact Médecin Hebdo*, 1997; **362** : 54-55.

50. Prescrire rédaction. Contraception : la stérilisation volontaire possible en France
La Revue Prescrire, 2001 ; **21** : 224-225.
51. Prescrire rédaction. Étonogestrel implant sous cutané (Implanon®) : une contraception pour deux à trois ans. *La Revue Prescrire*, 2001 ; **21** : 330-333.
52. Prescrire rédaction. Norlevo® en milieu scolaire : les dispositions pratiques.
La Revue Prescrire, 2001; **21** : 350
53. Prescrire rédaction. Mifépristone (Mifégyne®) évite ou facilite la dilatation du col avant IVG par aspiration. *La Revue Prescrire*. Juin 2001; **21** : 421-427.
54. Prescrire rédaction. Norlevo® remboursable. *La Revue Prescrire*, 2001, **21** : 671
55. Roy Ph. Une enquête de l'INSERM. IVG : La faute des hommes. *Le Quotidien du Médecin*, 3 octobre 2000, n° 6771 : p 14.
56. Salvat J., d'Armancourt C., Vandame S. Demandes d'interruption volontaire de grossesse en 1998 dans un hôpital général en France. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2000 ; **1** : 23-8.
57. Tamian-Kunegel I. L'interruption volontaire de grossesse à répétition. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2000 ; **28** : 137-140

Liste des annexes

| | | |
|-------------|---|----|
| Annexe I | Techniques d'interruption de grossesse. | 69 |
| Annexe II | Evolution du nombre d'IVG pour 100 naissances en Champagne-Ardenne de 1990 à 1999. | 70 |
| Annexe III | Carte des établissements de santé réalisant les IVG en Champagne-Ardenne en 2001..... | 71 |
| Annexe IV | Carte des centres de planification familiale en Champagne-Ardenne en 2001. | 72 |
| Annexe V | Bulletin statistique d'interruption volontaire de la grossesse. | 73 |
| Annexe VI | Questionnaire relatif au fonctionnement et à la prise en charge des IVG dans les établissements de santé de Champagne-Ardenne. | 75 |
| Annexe VII | Liste des personnes rencontrées. | 82 |
| Annexe VIII | Taux d'IVG pour 1000 femmes selon les régions françaises en 1999. | 83 |

ANNEXE I

Techniques d'interruption de grossesse (26, 27)

1) Aspiration endo-utérine précoce ou régulation menstruelle

Technique ambulatoire réalisable jusqu'à 3 semaines d'aménorrhée et pouvant se faire dans la majorité des cas sans anesthésie ni dilatation du col utérin.

2) L'IVG médicamenteuse

Technique possible jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (49 jours d'aménorrhée maximum) en ambulatoire sans anesthésie ni geste intra-utérin.

Le RU 486 ou mifépristone (Myféquine®) agit comme un anti-progestérone et s'oppose à la gestation. On lui associe d'autres substances, les prostaglandines (misoprostol ou Cytotec®, géméprost ou cervagème ®) qui favorisent l'expulsion et dilatent le col utérin.

36 à 48 heures après la prise de mifépristone, la patiente reçoit des prostaglandines par voie orale ou vaginale et doit rester sous surveillance médicale (hospitalisation de 4 à 6 heures). L'expulsion peut avoir lieu durant cette surveillance en milieu hospitalier ou plus tardivement au domicile

Une consultation de contrôle est indispensable 8 à 12 jours après la prise de mifépristone pour vérifier que l'expulsion a été complète. Un contrôle échographique est souvent réalisé.

Les taux de succès sont supérieurs à 96 %. En cas d'échec, une aspiration-curetage est effectuée.

Cette méthode présente un certain nombre de contre-indications : fumeuses de plus de 35 ans, maladies cardio-vasculaires, diabète insulino-dépendant, insuffisance rénale ou hépatique.

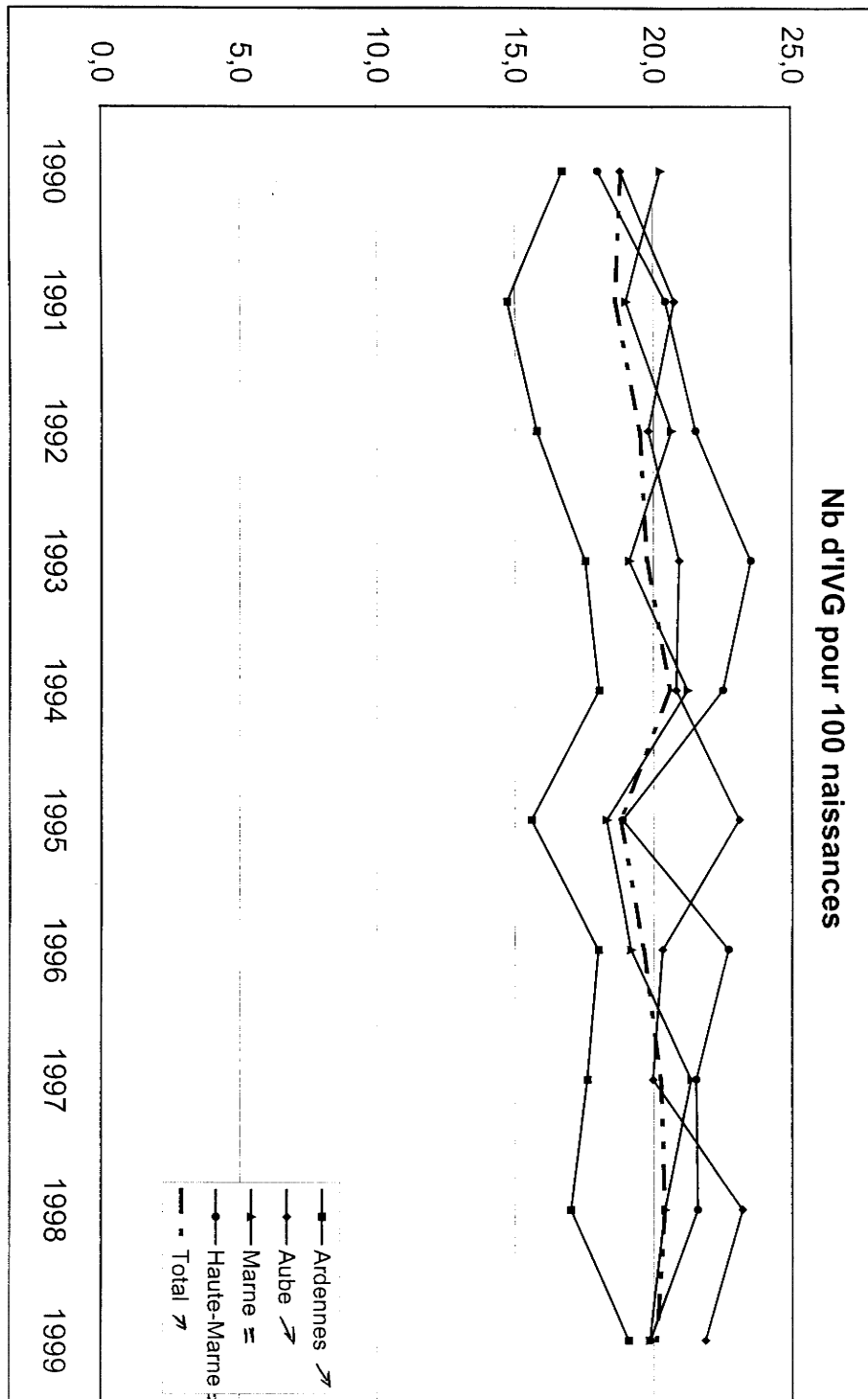
3 L'IVG chirurgicale ou aspiration endo-utérine classique

Au-delà de sept semaines d'aménorrhée ou à partir du 50^e jour d'aménorrhée, l'évacuation chirurgicale de l'utérus est préférable. Elle nécessite une dilatation du col de l'utérus (emploi de prostaglandines) suivi d'une aspiration du contenu utérin à l'aide d'une canule. Une anesthésie, soit locale soit générale, est nécessaire.

L'anesthésie locale est réalisée par l'opérateur lui-même (bloc para-cervical), l'anesthésie générale impose une consultation anesthésique et une surveillance de 6 à 12 heures

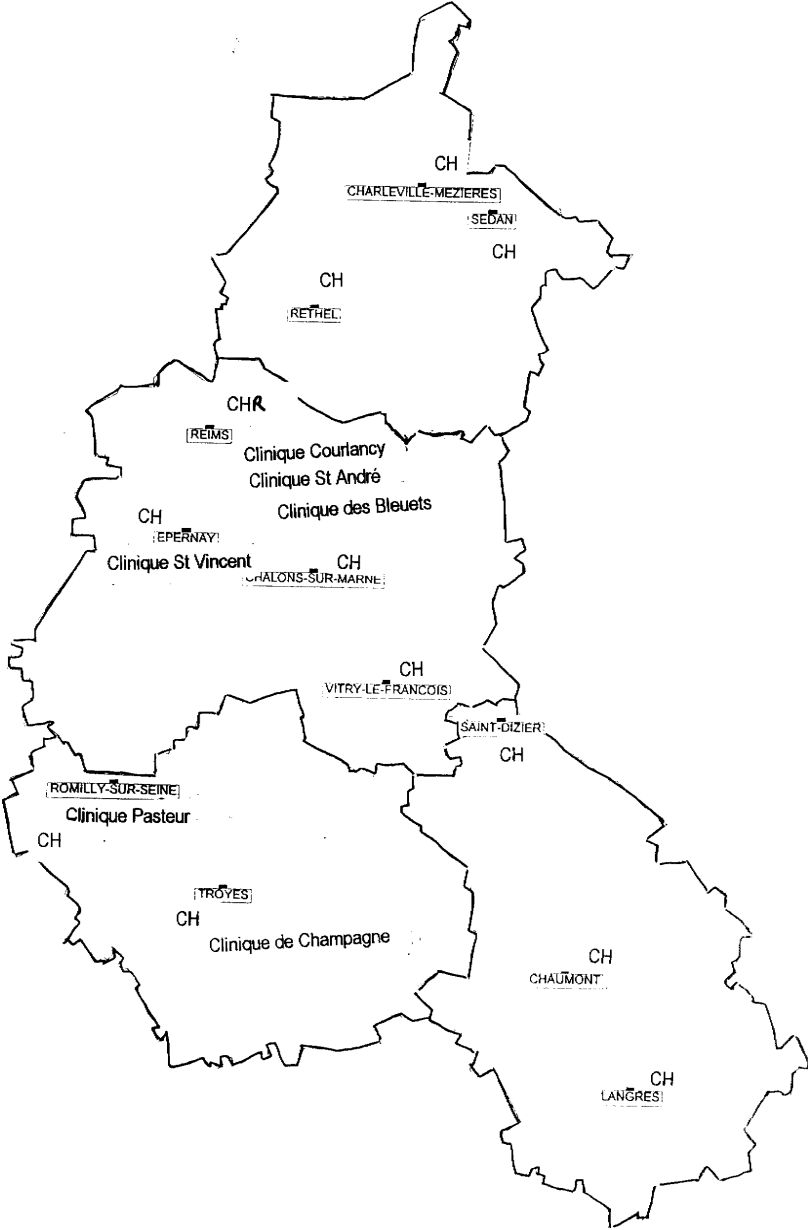
Les principales complications (1 à 2%) sont les accidents d'anesthésie, hémorragies, perforations de l'utérus, déchirure du col, complications infectieuses, retentissement psychologique... Les échecs sont de l'ordre de 0,5%.

**Annexe II : Evolution du nombre d'IVG pour 100 naissances
en Champagne-Ardenne de 1990 à 1999**



Annexe III :

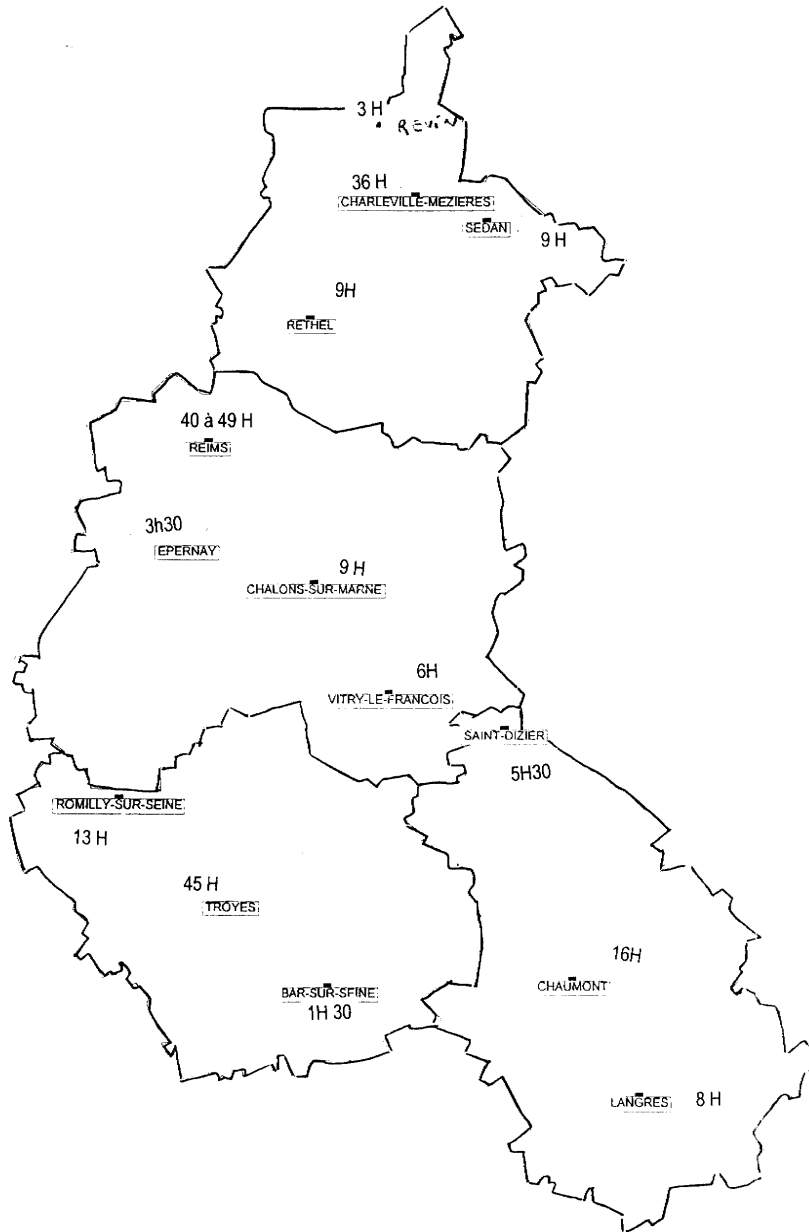
Carte des établissements de santé réalisant les IVG en Champagne-Ardenne en 2001



Annexe IV

Carte des centres de planification familiale en Champagne-Ardenne.

Nombre d'heures d'ouverture hebdomadaires



Annexe V :

Bulletin statistique d'interruption volontaire de la grossesse



Ce bulletin ne doit faire aucune mention de l'identité de la femme

REPUBLIQUE FRANÇAISE
 MINISTRE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE
 ET DE LA PROTECTION SOCIALE

BULLETIN STATISTIQUE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE LA GROSSESSE

Cachet de l'établissement

à remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse, y compris pour motif thérapeutique, en application de la loi N° 75-17 du 17 janvier 1975 (articles 4 [L162-10], 5 [L162-12] et 16). Arrêté du 7 novembre 1989.

A. RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ETABLISSEMENT

■ Département DE
(Guadeloupe = 96, Martinique = 97, Guyane = 98, La Reunion = 99)

■ Statut 1 Public
 2 Prive à but non lucratif
 3 Prive à but lucratif
 4

B. RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA FEMME

■ Année de naissance 19 AN

■ Lieu de naissance

Département métropolitain DE

Département d'outre-mer DE
(Guadeloupe = 1, Martinique = 2, Guyane = 3, La Reunion = 4)

TOM (en clair)

Etranger EN

■ Nationalité Française 1
 Etrangère 2
 NC
 préciser en clair NA:

■ Situation de famille

• Situation de fait : Vit seule 1
 Vit en couple 2
 SMI

• Situation légale: Célibataire 1
 Mariée 2
 Mariée et séparée de fait ou de corps 3
 Divorcée 4
 Veuve 5
 SMI

Si vous êtes mariée ou séparée

• Année du mariage 19 AM

• Lieu de mariage : France métropolitaine 1
 DOM - TOM 2
 Etranger 3
 IM

■ Lieu de domicile :

Département métropolitain DE

Département d'outre-mer DE
(Guadeloupe = 1, Martinique = 2, Guyane = 3, La Reunion = 4)

TOM (en clair)

Etranger EN

■ Situation professionnelle de la femme

• Activité : Salariée 1
 A son compte 2
 Actuellement au chômage 3
 Femme au foyer 4
 Etudiante ou élève 5
 Autre 6

• Profession préciser le plus possible PS

■ Situation professionnelle du conjoint ou du compagnon

• Activité : Salarié 1
 A son compte 2
 Actuellement au chômage 3
 Militaire du contingent 4
 Etudiant ou élève 5
 Autre 6

• Profession préciser le plus possible PS

La loi n° 75-17 du 6 janvier 1978 garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Dans ce cas, ce droit d'accès peut être exercé par les femmes pendant les deux années civiles suivant l'événement auprès du Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale (Direction générale de la santé) par l'intermédiaire du médecin de leur choix.

ANNEXE VI

FONCTIONNEMENT DES CENTRES ET PRISE EN CHARGE DES IVG DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE

- ✓ Structures et locaux
- ✓ Personnel médical, paramédical, administratif
- ✓ Fonctionnement
 - ❖ Accueil téléphonique et physique
 - ❖ Techniques employées
- ✓ Incidence de la nouvelle législation

I Structures, locaux et matériel

L'établissement comprend : (COCHER LA REPONSE)

Un centre autonome d'orthogénie (CIVG) avec locaux et personnel spécifiques.....

Une unité d'orthogénie rattachée à un service avec locaux et personnel spécifiques

Une unité d'orthogénie rattachée à un service avec un personnel spécifique
mais des locaux non spécifiques.....

Une unité ou activité d'orthogénie rattachée à un service sans locaux, ni personnel
spécifiques

Si l'unité d'orthogénie est rattachée à un service, précisez ce service :

- ❖ Gynécologie –obstétrique
- ❖ Chirurgie
- ❖ Autre(à préciser)

Nombre de lits individualisés réservés aux IVG ?.....

Le centre dispose-t-il d'un appareil d'échographie avec sonde vaginale ? oui non

L'activité IVG fait-elle partie du projet de service ? oui non

III Fonctionnement

Jours et heures d'ouverture du centre

L'accueil est-il assuré : * En juillet ? oui non

* En Août ? oui non

Si le centre ferme, quelle est la durée et la période de fermeture ?

Du ... / ... au .../ ... et du ... /... au/.....

Quels sont les relais mis en place pour l'orientation des demandes ?

.....
.....

Y a-t-il d'autres périodes que la période estivale pour lesquelles il existe des difficultés de fonctionnement pour congé ? oui non

Si oui lesquelles

.....

III-1 Accueil

Le centre dispose –t-il d'une ligne téléphonique spécifique ? ? oui non

Quelle est la qualification des personnes qui assurent l'accueil téléphonique ?

.....
.....

Ces personnes ont-elles bénéficié d'une formation spécifique à l'accueil ? ? oui non

En dehors des périodes d'ouverture, un répondeur est-il prévu ? ? oui non

si oui quelles informations donne-t-il ?

.....
.....
.....

A l'issue de ce premier contact, quel est le délai moyen d'obtention d'un premier rendez-vous avec un médecin ?

| Délai | Période non estivale | Période estivale |
|------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Moins de 3 jours | | |
| De 3 à5 jours | | |
| De 6 à8 jours | | |
| De 9 à12 jours | | |
| Plus de 12 jours | | |

Quel a été le délai maximal de réponse ces 6 derniers mois ? jours

Avez vous mis en place une procédure d'urgence lorsque le délai légal risque d'être dépassé ? ? oui non

Vous arrive –t-il de refuser des rendez vous ? oui non

Si oui pour quels motifs :

- ❖ Surcharge d'activité ? oui non
- ❖ Méthode demandée non pratiquée dans l'établissement ? oui non
- ❖ Délai de la grossesse non compatible avec le délai de rendez-vous possible? oui non

Autres à préciser

.....
.....
.....

Dans ces cas comment orientez vous la patiente?

.....
.....

III-2 consultation médicale pré-IVG

Qui remet le dossier guide ?

.....
.....

à quel moment ?

.....
.....

Proposez-vous la méthode médicamenteuse ? oui non

si non pourquoi ?

.....
.....

Quelles sont les techniques d'anesthésies ou analgésies utilisées ?

- Anesthésie générale
- Anesthésie locale (bloc para-cervical)
- Analgésie profonde
- Anesthésie péridurale
- Autre A préciser

Pour une IVG chirurgicale

La femme est-elle informée des différentes modalités d'anesthésie ? oui non

Une consultation pré-anesthésique est-elle systématiquement proposée ?
oui non

Si oui quand a t-elle lieu ?

Un dépistage des maladies sexuellement transmissible
(dont VIH) est-il proposé ? oui non

Un frottis cervico-vaginal de dépistage est-il proposé ? oui non

Une échographie est-elle systématiquement réalisée
pour détermination de l'âge gestationnel ? oui non

III - 3 Prise en charge de l'IVG

L'IVG est-elle réalisée par le médecin ayant reçu la femme en
consultation pré-IVG ? oui non

Si non : Combien de médecins réalisent les consultation pré-IVG ?.....
Quel est leur statut ?.....
Combien de médecins réalisent l'acte lui-même ?.....
Quel est leur statut ?

Quelle est la durée moyenne de séjour : Pour une IVG médicamenteuse?..... Heures
Pour une IVG chirurgicale ?..... Heures

Existe-il des protocoles de lutte contre la douleur ? oui non

Quand la question de la contraception est-elle abordée ?

- Lors de la consultation pré-IVG
- Le jour de l'IVG
- Lors de la consultation post IVG
- Lors de l'entretien social
- Autres

par qui ?

Quels sont les documents remis à la sortie ?

- Fiche explicative sur les complications possibles
- Numéro de téléphone à joindre en cas d'urgence
- Liste de centres de planification familiale
- Ordonnance relative à la contraception
- Autres
- Préciser
-

Qui les remet ?

- Un rendez vous post-IVG est-il proposé ? oui non
- Un questionnaire de satisfaction est-il remis ? oui non

V Allongement du délai légal

L'établissement dispose-t-il d'un plateau technique chirurgical nécessaire à la prise en charge des IVG au delà de 12 SA ? oui non

Combien de médecins ont-ils donné leur accord pour faire des IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (SA) ?

Quels sont les motifs de refus éventuels invoqués par les médecins ?

Une formation des médecins est-elle prévue ? oui non

Au total, l'établissement prendra-t-il en charge les IVG de 12 à 14 SA ? oui non

V Déclaration obligatoire

Qui remplit la déclaration ?

- ❖ Le médecin uniquement oui non
- ❖ La secrétaire uniquement (à partir du dossier) oui non
- ❖ La secrétaire (partie administrative) et le médecin (partie médicale) oui non
- ❖ La femme elle-même pour la partie administrative ? oui non

S'il y a discordance entre la durée de gestation calculée d'après la date des dernières règles et celle calculée par échographie que notez vous sur la déclaration :

- ❖ La durée calculée par rapport à la date des dernières règles en SA :
- ❖ La durée définie par échographie :
 - Durée de grossesse
 - Durée en semaines d'aménorrhée (durée de grossesse+2 SA)

Seriez -vous intéressés par un retour d'information ?

oui non

Si oui, quels aspects plus particuliers vous intéressent ?

.....

Nom et coordonnées du médecin ayant rempli ce questionnaire (Téléphone, télécopie)

.....

.....

.....

Nom, adresse, téléphone de l'établissement

.....

.....

.....

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

Annexe VII

Personnes rencontrées

Madame Augieras, sage-femme, Clinique Saint André Reims

Monsieur le Docteur Aumercier, gynécologue obstétricien, CH de Chalons en Champagne

Monsieur le Docteur Brissard, gynécologue obstétricien, CH de Troyes

Madame Charpentier, conseillère conjugale, permanence téléphonique régionale « info contraception-IVG »

Monsieur le Docteur Delettrez, gynécologue obstétricien, CH de Romilly

Madame le Docteur Dupont, Gynécologue-obstétricien, CH de Saint Dizier

Madame Girardin, déléguée régionale aux droits des femmes

Monsieur Poret, Directeur, Clinique Saint André , Reims

Madame le Docteur Palot, anesthésiste-réanimateur, CHR Reims

Monsieur le Professeur Quereux, Gynécologue-obstétricien; CHR Reims

Madame Heyte, sage femme, centre de planification des naissances, CHR Reims

Monsieur le Docteur Jemmali, gynécologue-obstétricien, CH de Vitry le François.

Madame Laloy, conseillère conjugale, centre de planification familiale Chalons en Champagne

Monsieur le Docteur Lambert, gynécologue obstétricien, CH de Chaumont

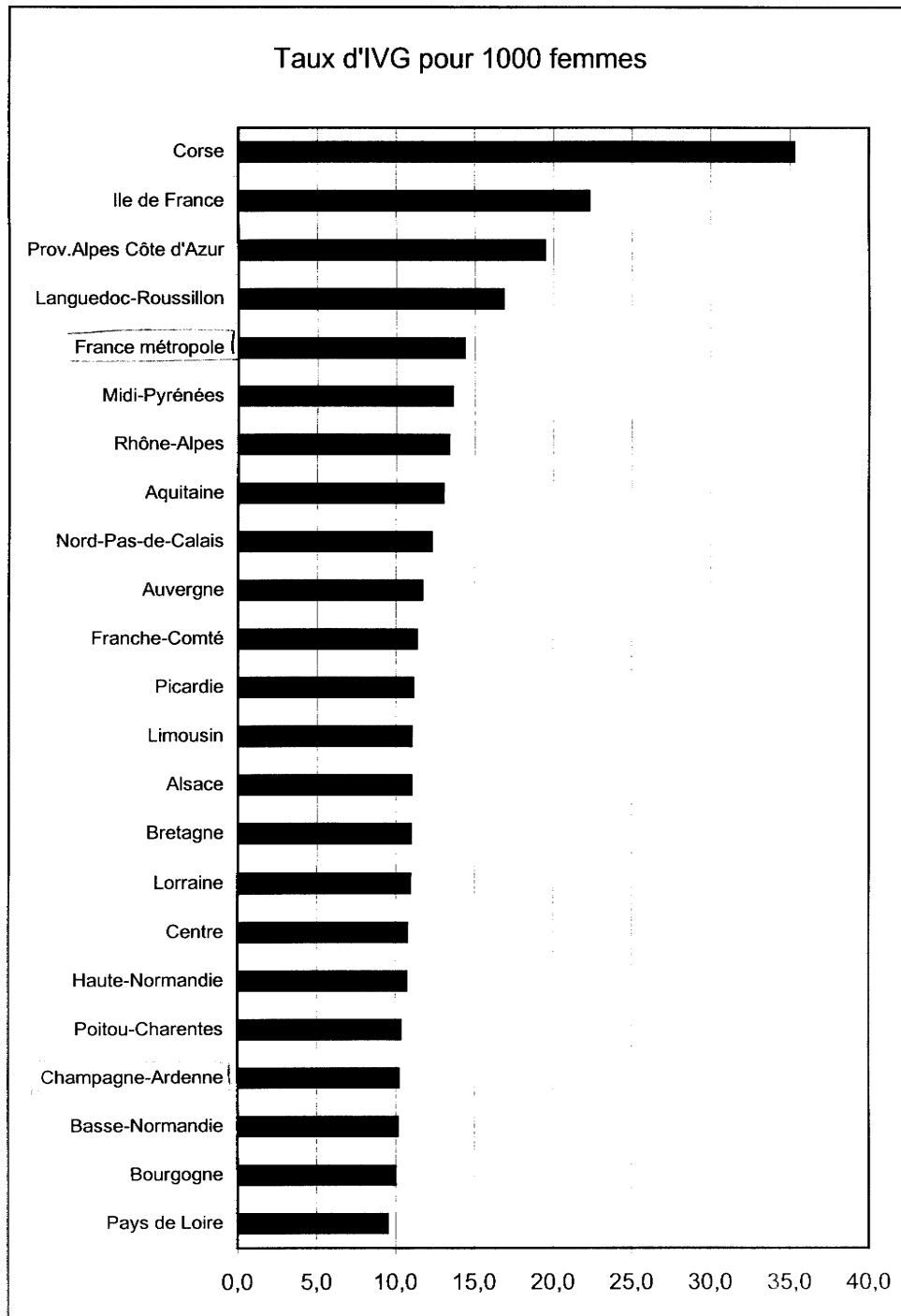
Madame Marchand, conseillère conjugale, Mouvement Français du Planning Familial Haute-Marne

Monsieur le Docteur Sejean, gynécologue-obstétricien clinique Courlancy Reims

Madame Tillet, conseillère conjugale, centre de planification familiale Chalons en Champagne

Annexe VIII :

Taux d'IVG pour 1000 femmes selon les régions françaises en 1999



04/07/01

Source: SAE 1999