



---

**<Médecin Inspecteur  
de Santé Publique>**

Promotion : **<2009 - 2010>**

Date du Jury : **<septembre 2010>**

---

**<L'évolution des interruptions  
volontaires de grossesse en Seine  
Saint Denis : les difficultés de  
l'évaluation>**

---

**< Gérard BRULE >**

---

# Remerciements

---

Je remercie très sincèrement l'ensemble des personnes qui m'ont accompagné dans mes recherches et ma réflexion,

et tout particulièrement

mon maître de stage le Docteur Eliane VANHECKE, MISP de la DDASS de Seine-Saint-Denis, pour m'avoir fait profiter de son expérience et m'avoir orienté et guidé sur le sujet avec patience et bonne humeur,

Les membres de la Direction de la DDASS de Seine Saint Denis pour leur accueil chaleureux et efficace,

Tout le personnel du service de l'offre hospitalière de la DDASS de Seine Saint Denis et particulièrement monsieur BOUHAF, chef de service, qui m'ont accueilli et considéré comme un membre à part entière de leur l'équipe,

le Docteur Emmanuelle PIET, médecin de PMI du Conseil général de Seine-Saint-Denis, responsable de la planification familiale, pour son accueil sympathique et ses informations inédites

Madame DRUELLE, chef du service de statistiques de la DRASSIF pour sa confiance et sa disponibilité

le Docteur Elisabeth d'ESTAINOT, Médecin conseil de l'Assurance Maladie de la Seine Saint Denis qui m'a fait découvrir les joies raffinées de la « coupe Bloc »

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1 CONTEXTE REGIONAL ET DEPARTEMENTAL DE LA PRATIQUE DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE</b>	<b>3</b>
1.1 Rappel historique	3
1.2 Le contexte de l'Ile de France et de la Seine Saint Denis	4
<b>2 POURQUOI S'INTERESSER AUX IVG EN SEINE SAINT DENIS</b>	<b>7</b>
<b>3 L'ACTION PROGRAMMEE</b>	<b>9</b>
3.1 Les inspections en établissement	9
3.2 La rencontre de personnes ressources	9
3.3 La recherche et l'interprétation des données chiffrées	9
3.4 L'action menée a dû prendre en compte diverses contraintes	12
<b>4 L'ACTION ET SES RESULTATS</b>	<b>13</b>
4.1 L'inspection des établissements	13
4.2 Les informations recueillies des personnes ressources	14
4.3 L'exploitation des données	16
4.3.1 La disparités des résultats selon les sources de données	16
4.3.2 Evolution de l'offre	17
4.3.3 L'évolution du profil socio-démographique des femmes	19
4.4 Le mode d'aboutissement du travail entrepris	22
4.4.1 Au cours de ce travail, des difficultés inattendues	22
4.4.2 Les résultats obtenus en fonction des objectifs	23
4.4.3 Ce qui aurait pu être fait dans l'idéal pour compléter ce travail	26

<b>5</b>	<b>PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS A TIRER DE LA GESTION DE CE DOSSIER</b>	<b>26</b>
	<b>CONCLUSION</b>	<b>29</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>31</b>
<b>5.1</b>	<b>Textes juridiques et administratifs</b>	<b>31</b>
	Interruption volontaire de grossesse :	31
	Centres de planification et d'éducation familiale :	33
	Centres de santé :	33
<b>5.2</b>	<b>Ouvrages</b>	<b>33</b>
<b>5.3</b>	<b>Thèses et Mémoires</b>	<b>33</b>
<b>5.4</b>	<b>Articles</b>	<b>34</b>
<b>5.5</b>	<b>Rapports et autres documents</b>	<b>34</b>
<b>5.6</b>	<b>Sites Internet</b>	<b>38</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>I</b>
	Annexe 1 : Grille d'inspection des établissements pratiquant les IVG	II
	Annexe 2 : Bulletin IVG	I
	Annexe 3 : Tableau résumant les sources de données utilisées	I
	Annexe 4 : Graphiques	II
	Annexe 5 : Distribution des âges	I
	Annexe 6 : Occupation des femmes en Ile de France et en Seine saint Denis	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

AME	Aide médicale de l'Etat
ANAES	Agence nationale de l'évaluation en santé (devenue HAS)
AP-HP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BIG	Bulletin d'interruption de grossesse
CG93	Conseil général de Seine-Saint-Denis
CMS	Centre médico social
CMU	Couverture maladie universelle
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CRN	Commission régionale de la naissance
CSP	Code de la santé publique
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRASSIF	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France
DREES	Direction de la recherche, des études et des statistiques
DTARS	Délégation Territoriale de l'ARS
HAS	Haute autorité de santé
IASS	Inspecteur des affaires sanitaires et sociales
IDF	Ile-de-France
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INED	Institut national d'études démographiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
ORS	Observatoire régional de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile

PMSI	Programme médicalisé du système d'information (hospitalier)
PRSP	Plan régional de santé publique
PSPH	Participant au service public hospitalier
REVHO	Réseau ville hôpital pour l'orthogénie
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SROS3	Schéma régional d'organisation des soins de troisième génération
T2A	Tarifcation à l'activité

## Introduction

Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicalisées constituent un progrès social relativement récent, fruit de batailles acharnées, qui a permis la diminution considérable de la mortalité liée à la pratique de l'avortement illégal réalisé dans les conditions non maîtrisées qui prévalaient avant la loi Veil en 1975 : d'un décès par jour dans les années soixante, nous sommes passés à moins de deux décès par an aujourd'hui.

La pratique de l'IVG est probablement encore considérée par un certain nombre de femmes comme un complément à la contraception dans la mesure où elle pallie soit à un oubli, soit à l'utilisation d'une méthode de contraception insuffisamment efficace, soit encore à la méconnaissance de la contraception d'urgence. Elle ne constitue heureusement pas pour la majorité des Françaises une méthode de contraception dans la mesure où dans la plupart des cas, les femmes concernées n'y auront recours qu'une fois dans leur vie (60).

Avec un nombre d'actes qui reste stable aux environs de 210 000 par an au niveau national (65) depuis une dizaine d'années, et cela malgré la mise à disposition de moyens de contraception fiables et plus récemment de la contraception d'urgence, les IVG constituent un problème de santé publique qui a motivé l'inscription d'un certain nombre d'articles dans le code de santé publique (1).

En Europe, avec 14,7 femmes pour 1000 femmes de 18 à 49 ans ayant bénéficié d'une IVG, la France se situe au septième rang derrière cinq pays d'Europe de l'Est et la Suède, et juste devant la Slovaquie et le Royaume Uni (66).

La prise en charge des IVG a fait l'objet ces dernières années de dispositions financières importantes (23)(25) permettant aux plus démunies d'y avoir accès et incitant les professionnels de santé à les pratiquer.

Des décisions législatives et ministérielles successives ont assoupli les délais de prise en charge à la douzième semaine de grossesse, étendu la réalisation des IVG médicamenteuses aux centres de santé et aux cabinets de ville (17), et facilité leur mise en œuvre vis à vis des publics précaires (18) et des mineures (10).

L'intérêt des pouvoirs publics porté à l'évolution des IVG et à la mise en œuvre des textes y afférant, a donné lieu à des investigations approfondies de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), la plus récente date de 2009, elle a fait l'objet de 5 rapports publiés en octobre 2009 et février 2010 (41 à 45).

Le département de Seine Saint Denis est tout particulièrement concerné par ce domaine de la santé pour des raisons qui tiennent essentiellement à son profil très spécifique au plan social et démographique.

Ce travail a commencé par l'étude d'un problème de santé publique : la qualité de la prise en charge des femmes désirant une interruption volontaire de grossesse dans les différentes structures départementales existantes sur les cinq dernières années, c'est à dire depuis la mise en application du décret du 1<sup>er</sup> juillet 2004 autorisant la pratique des IVG médicamenteuses en dehors des établissements de santé. Il s'est rapidement étendu à une étude critique des bases de données disponibles à l'échelle régionale qui sont supposées permettre de faire un état des lieux et de juger de l'évolution de la prise en charge des IVG.

L'objet de ce mémoire est de décrire la situation du dispositif de prise en charge des IVG en Seine Saint Denis en 2010, les résultats obtenus et aussi les difficultés rencontrées pour évaluer l'évolution épidémiologique du problème.

# 1 Contexte régional et départemental de la pratique des interruptions volontaires de grossesse

## 1.1 Rappel historique

On ne peut parler d'IVG en Seine Saint Denis sans évoquer le procès de Bobigny, en 1972, qui a confirmé que la loi répressive de 1920 ne s'appliquait plus. En France, l'avortement a été condamné jusqu'à la promulgation de la loi Veil en 1975.

Pendant tout le Moyen-Age, les théologiens chrétiens ont débattu de l'âme du fœtus, c'est à dire de la date de l'animation; elle fut fixée d'abord à 40 jours pour les garçons et 80 jours pour les filles (XIIIe siècle), puis, en 1532, la Constitutio Criminalis Carolina fixa la date d'animation du fœtus au milieu de la grossesse, soit dès que la mère perçoit les mouvements. Néanmoins, en 1558, le Pape Sixte Quint condamna de façon formelle l'avortement, quel qu'en fut le terme.

A cette même époque, toutefois, on voit apparaître la notion d'avortement médical en cas d'hémorragie grave, seule indication en France jusqu'au XIXe siècle.

En 1810, l'article 317 du Code pénal (code Napoléon) condamne à la prison sans distinction: "Quiconque provoque l'avortement d'une femme enceinte avec ou sans son consentement au moyens d'aliments, de drogues, de médicaments, par violence ou d'autres remèdes, (...)."

En juillet 1920, adoption d'une loi qui "réprime la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle" ;

En 1923, adoption d'une loi qui correctionnalise l'avortement ;

En 1942, adoption d'une loi qui fait de l'avortement un crime contre la sûreté de l'Etat, donc passible de la peine de mort. (Marie-Louise Giraud, dite « la faiseuse d'anges », avorteuse pendant la guerre, et qui avait tout de même une douzaine de mortes à son actif, a été guillotinée le 30 juillet 1943). Cette loi sera abrogée à la Libération.

Le 28 décembre 1967, la loi Neuwirth rend la contraception légale sous certaines conditions ;

En 1972, procès de Marie-Claire à Bobigny. Le jugement confirme que la loi de 1920 sur l'avortement n'est plus applicable ;

Le 17 janvier 1975, promulgation de la loi Veil, qui suspend partiellement l'article 317 du Code Pénal pour 5 ans, autorisant ainsi l'avortement sous certaines conditions ;

Le 31 Décembre 1979, adoption par le Parlement d'une nouvelle loi sur l'IVG confirmant celle de 1975 ;

En 1982, l'IVG est remboursée par la Sécurité sociale ;

En 1988, autorisation de mise sur le marché du RU486 permettant l'avortement médicamenteux ;

Le 27 janvier 1993, adoption d'une loi sur le délit d'entrave à l'IVG, dite "Loi Neiertz" qui vise à sanctionner les personnes qui perturbent le fonctionnement des établissements hospitaliers participant à la mise en œuvre de la loi sur l'IVG ;

Le 4 juillet 2001, Loi n° 2001-588 relative à l'Interruption Volontaire de Grossesse et à la contraception. L'IVG est autorisée jusqu'à 12 semaines de grossesse et l'obligation d'autorisation parentale pour les mineures est supprimée ;

Décrets du 3 mai 2002 et de juillet 2004 : la réalisation des IVG médicamenteuses hors établissements de santé est possible à condition que les praticiens conventionnent avec un établissement de santé et les mineures sont prises en charge gratuitement.

## **1.2 Le contexte de l'Ile de France et de la Seine Saint Denis**

La Direction de la recherche, des études et des statistiques (DREES) rapporte qu'en 2007, 58 319 IVG ont été pratiquées en Ile de France pour 213 382 en France métropolitaine, soit plus du quart, alors que la population régionale ne représente que 15% de la population nationale. Cela représente 19,3 IVG pour 1000 femmes de 18 à 49 ans en Ile de France contre 14,7 pour la moyenne nationale. Parmi ces interruptions de grossesse, 47% étaient médicamenteuses et 15% ont été faites en ville, tandis que le secteur public a assuré 56% des IVG pratiquées en établissement (66).

Le département de Seine Saint Denis est réputé pour son importante densité de population associée au taux de chômage le plus élevé de la région Ile de France depuis 1982, notamment chez les moins de 25 ans, tandis que le revenu moyen annuel par foyer fiscal est le plus faible, inférieur à celui de la moyenne nationale<sup>1</sup>. La population de Seine-Saint-Denis est relativement jeune avec 29% de moins de 20 ans contre 26% en Ile-de-France et 25% en France métropolitaine en 2001.

Ce département est aussi celui de France métropolitaine où la part de la population de nationalité étrangère est la plus élevée (18,7%), et on compte une importante proportion de personnes salariées en emplois précaires (15%).

Sur le plan de la couverture sociale : Près de 78 000 personnes sont bénéficiaires de la CMU de base, soit 5,6% de la population, la Seine-Saint-Denis est le département de France qui a le plus fort taux de bénéficiaires de la CMU complémentaire (12,2% de la population, contre 6,8% en Ile-de-France et 6,3% en France), 15% de l'ensemble des

---

<sup>1</sup> Observatoire régional de la santé (ORS) Ile de France 2004

bénéficiaires de l'Aide médicale Etat sont domiciliés en Seine-Saint-Denis, tandis que l'accès aux soins des plus démunis est encore mal connu.

Au plan démographique, la population est en légère croissance grâce à un solde naturel élevé compensant un solde migratoire déficitaire. L'indice de fécondité a atteint 2,4 enfants par femme en Seine-Saint-Denis en 2004<sup>2</sup>, c'est l'indice de fécondité le plus élevé de tous les départements de France métropolitaine.

La Seine Saint Denis a été depuis longtemps un département pilote au regard de l'interruption volontaire de grossesse : c'est le département qui dispose du plus grand nombre de centres de santé (122 en 2010 dont 37 proposent l'IVG médicamenteuse) avec un mouvement pour le planning familial très actif.

De 1999 à 2003, un projet « Grossesses non désirées en Seine Saint Denis » a été mis en place avec un comité de pilotage réunissant des représentants des principaux acteurs et consistant en une description des caractéristiques épidémiologiques des grossesses non désirées des adolescentes de Seine-Saint-Denis avec pour objectif de proposer des actions pouvant permettre une diminution de ces grossesses non désirées. Si ce projet a eu l'avantage de réunir dans une même dynamique des acteurs très divers, il n'a toutefois pas apporté tous les résultats qu'on pouvait en attendre, essentiellement pour des raisons méthodologiques (49).

Avant 1987 le taux d'IVG de Seine-Saint-Denis était inférieur à la moyenne régionale. Depuis cette date, le taux d'IVG des femmes résidant en Seine-Saint-Denis (20,8/100 conceptions) est plus élevé que celui des Franciliennes et que celui des Françaises. Le nombre d'interruptions volontaires de grossesses pratiquées en Seine St Denis a augmenté régulièrement de 1987 à 2001 où il a marqué un pic à plus de 14 000 IVG annuelles pour redescendre à un peu plus de 13 000 en 2002 (A noter que ce pic peut s'expliquer par la prise en compte, à partir de 2000, des activités des établissements de l'AP-HP dans le département alors que celles-ci étaient comptabilisées dans Paris avant cette date) (58).

Depuis 1990, si le nombre d'établissements proposant l'interruption volontaire de grossesse dans le 93 est resté le même dans le public (six), il n'en est pas de même pour les établissements privés : de 23 qui la pratiquaient en 1990, seuls 8 dont une clinique PSPH participent dorénavant à l'offre. Par contre, 37 centres de santé (PMI, CPEF) financés par le département et les communes, constituent un recours pour la prise en charge des femmes démunies et pratiquent les IVG médicamenteuses (35); en 2009, 29

---

<sup>2</sup> Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile de France (IAURIF)

praticiens y travaillant avaient passé convention avec un établissement de santé<sup>3</sup> ; 56 conventions ont été signées par des centres d'orthogénie avec des médecins libéraux<sup>4</sup> ou salariés de centres de santé. Ces centres jouent également un rôle essentiel dans le dépistage des affections sexuellement transmissibles, l'éducation à la contraception et l'orientation des femmes vers les centres d'orthogénie.

---

<sup>3</sup> REVHO, rapport 2006

<sup>4</sup> A noter qu'un médecin peut passer convention avec plusieurs centres d'orthogénie

## 2 Pourquoi s'intéresser aux IVG en Seine Saint Denis

Le fait que le nombre d'IVG pratiquées en Seine Saint Denis représente près de 20% des IVG pratiquées en Ile de France alors que ce département ne représente que 12% de la population régionale, en sachant que la région Ile de France est celle où le nombre d'IVG est le plus élevé en France métropolitaine, constitue en soit un problème de santé publique.

Compte tenu du profil de la population du département, on peut s'attendre à ce que pour un grand nombre de femmes, le recours à l'interruption volontaire de grossesse soit souvent lié à un manque d'éducation limitant le bon usage des moyens de contraception et/ou à un problème de violence<sup>5</sup> (61). Du coup, l'accès à l'IVG est un indicateur de l'accès aux soins et aux services sociaux pour un public souvent précaire.

Par ailleurs il existe une commande officielle :

En 2007, la DHOS et la DGS ont demandé à tous les départements d'effectuer dans les deux ans une inspection des établissements de santé afin d'évaluer la pratique de l'IVG. Cette campagne d'inspection a pris du retard et à mon arrivée en 2009 dans la DDASS 93, six établissements sur quinze (trois publics et trois privés) avaient déjà été inspectés par mon maître de stage.

Les résultats de mes investigations pourront être mis en perspective avec le travail réalisé par mon maître de stage en 2006 qui notait dans sa conclusion que « L'IVG en ville et l'élargissement de l'offre, c'est pour les femmes la chance de pouvoir accéder à un véritable choix » (32). Qu'en est-il quatre ans après, l'opportunité de l'IVG en ville a-t-elle amélioré l'accès à l'IVG en Seine Saint Denis ?

En pratique, il s'agit donc de planifier et réaliser une série d'actions permettant de répondre à plusieurs questions :

- Le nombre des IVG pratiquées en Seine Saint Denis est-il en augmentation ou non ?
- La prise en charge des femmes est-elle en conformité avec les obligations réglementaires et les préconisations de l'HAS (38)?
- L'offre de soins IVG en Seine Saint Denis satisfait-elle à la demande, et notamment, les femmes sont-elles amenées à aller vers d'autres départements pour bénéficier de ce service ?
- Le profil socio-démographique des bénéficiaires évolue-t-il et comment ?

---

<sup>5</sup> L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des Conseillères Conjugales et Familiales (mémoire MFPP non publié)

- Quelles actions pourraient être envisagées afin d'améliorer la situation ?

Les moyens attribués sont ceux habituellement mis à disposition des médecins inspecteurs : bureau équipé, véhicule de service, logistique DDASS/DTARS.

Pour mener à bien ce travail il convenait donc d'effectuer une recherche documentaire, mener des inspections d'établissements publics et privés, rechercher et exploiter des données chiffrées, et identifier et interviewer les personnes ressources. Ceci tout en menant les activités quotidiennes du service.

Il a fallu être attentif à ne pas se laisser influencer par le militantisme de certaines organisations, confronter les données chiffrées avec les indications du terrain et déceler les biais pouvant influencer sur les informations obtenues.

### **3 L'action programmée**

#### **3.1 Les inspections en établissement**

Trois centres d'orthogénie ont été inspectés en mars, ce nombre n'a pu être dépassé d'avril à juin en raison de la survenue d'une inspection lourde inopinée, à laquelle j'ai participé, effectuée dans un quatrième établissement disposant d'un centre d'orthogénie, et qui a mobilisé le temps et l'énergie d'une partie de l'équipe de la DDASS durant la fin du mois de mars et tout le mois d'avril. La finalisation du rapport s'est étendue aux mois de mai et juin.

Chaque inspection des centres d'orthogénie a duré plus d'une demi-journée, permettant de visiter les locaux des centres et interviewer les chefs de service et certains membres du personnel. Nous avons ainsi pu étudier le mode de fonctionnement de ces centres et la façon dont les femmes étaient reçues. Les interviews se sont structurés autour d'une grille de questions (annexe 1)

Ces visites ont donné lieu à un rapport qui a été adressé à chaque établissement pour avis contradictoire.

#### **3.2 La rencontre de personnes ressources**

Indépendamment des personnels interrogés lors des inspections des centres d'orthogénie, certaines personnes en position de fournir des informations intéressantes au plan qualitatif sur l'accueil des femmes par les acteurs de l'IVG ont été interrogées. Ces personnes ont été essentiellement des médecins, des sages-femmes et des psychologues impliqués dans la prise en charge des femmes en demande d'interruption de grossesse. Elles ont été rencontrées soit à l'occasion d'une visite faite dans un dessein différent de celui de l'orthogénie (il s'agit notamment des psychologues et des sage-femmes rencontrés lors de l'inspection inopinée mentionnée plus haut dans un établissement privé PSPH), soit lors de rendez-vous organisés dans le cadre de ce travail (notamment la responsable des statistiques de la DRASSIF et le médecin responsable des centres de PMI du Conseil Général).

#### **3.3 La recherche et l'interprétation des données chiffrées**

Le suivi de l'évolution des interruptions volontaires de grossesse est théoriquement facile puisque chaque praticien doit déclarer l'acte qu'il a pratiqué sur un bulletin d'interruption

de grossesse (BIG)<sup>6</sup> qui est envoyé à l'établissement de santé avec lequel il a passé convention ou au sein duquel il a pratiqué l'acte médical. L'établissement transmet ensuite le bulletin au médecin inspecteur de l'ARS (ex DRASS)<sup>7</sup> qui le valide et le transmet à l'Institut national d'études démographiques (INED) (68) en vue d'une exploitation statistique conjointe avec l'INSERM.

En dehors de l'exploitation des BIG, une autre solution peut être de relever le nombre d'IVG transmis par les établissements dans le cadre de leurs statistiques annuelles (SAE), nombre qui inclue les actes pratiqués par les médecins de ville ayant passé convention, et que l'on peut retrouver sur un site Internet dédié (69).

Enfin il devrait être possible de retrouver certaines informations au niveau de l'Assurance Maladie en recherchant le nombre d'IVG ayant été prises en charge financièrement.

Malgré tout, le dénombrement des IVG pratiquées en France annuellement demeure une estimation, elle est établie chaque année par la Direction de la recherche, des études et des statistiques (DREES).

Je me suis donc attaché à chercher des données chiffrées permettant d'apprécier le nombre de femmes ayant bénéficié d'une IVG dans le département, mais aussi dans les départements limitrophes de la région Ile de France afin de détecter des phénomènes de fuites éventuels.

Cette recherche d'informations chiffrées et leur interprétation ont mobilisé le plus clair du mois de juin. En effet les différentes bases de données disponibles permettent d'évaluer les activités d'interruption de grossesse, mais aucune de façon exhaustive. Cela tient à la diversité des statuts des acteurs dont les activités sont enregistrées de façons différentes<sup>8</sup> :

- Les statistiques annuelles des établissements (SAE) mesurent l'activité des établissements et celle des médecins ayant passé convention avec ceux-ci pour l'activité IVG. L'information se trouve sur le site internet de la Direction de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DREES). Considérée comme la source la plus fiable pour ce qui regarde la tendance évolutive, elle a l'inconvénient de ne mesurer qu'incomplètement les activités des médecins de ville et des centres médico-sociaux qui ont passé convention avec les établissements, et elle n'est pas toujours renseignée par les établissements privés.

---

<sup>6</sup> Un exemplaire de bulletin figure en annexe 2.

<sup>7</sup> Pour faciliter la lecture, j'utiliserai dans ce document l'ancien nom « DRASSIF » pour désigner la DRASS Ile de France dorénavant appelée ARS Ile de France.

<sup>8</sup> Un tableau résumant les sources de données utilisées figure en annexe 3

- Le Programme médicalisé du système d'information de l'ATIH (PMSI) mesure l'activité produite selon les groupes homogènes de malades, l'information peut être trouvée sur le site internet du ePMSI. Son inconvénient est qu'il dépend du mode de déclaration des activités par les établissements. Notamment les établissements privés ne se satisfont pas tous du tarif forfaitaire attribué aux IVG et tentent de les déclarer sous une forme plus rémunératrice (fausse couche nécessitant un curetage par exemple).

De plus, les tableaux présentés sur le site ne sont pas toujours aisés à interpréter, et enfin, les établissements dépendant de l'Assistance publique des hôpitaux parisiens n'y figurent pas à titre individuel pour les départements où ils sont situés, or deux gros centres d'orthogénie du 93 font partie de l'AP-HP.

- Les Bulletins IVG (BIG): Toute IVG doit être obligatoirement déclarée au médecin inspecteur régional de la DRASS/ARS par l'établissement ou le praticien qui l'effectue ; ce devrait être la source de renseignements la plus fiable, d'autant qu'il inclut des renseignements intéressant le profil des femmes<sup>9</sup> (âge, terme, méthode employée, lieux de résidence et de naissance, nombres d'enfants et d'IVG antérieurs). Malheureusement cette source est loin d'être exhaustive, notamment pour la part des établissements et praticiens privés, et de nombreuses erreurs de saisie des données au niveau DRASS compliquent son exploitation. Les données brutes que j'ai pu obtenir à la DRASSIF couvrent quatre années, de 2006 à 2009.
- Les études de la DREES concernent les grandes tendances nationales. Les études sont disponibles sur le site de la documentation française ; les données sont complètes mais n'envisagent que la France entière ou les régions, elles ne peuvent pas être exploitées à l'échelle du département. La dernière étude concerne l'année 2007.
- Les données statistiques de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) sont intéressantes pour ce qui est du profil des femmes puisqu'elles exploitent les bulletins IVG après leur validation par la DRASS/ARS, mais elles ne sont pas disponibles pour chaque année : après une interruption de huit années, les tableaux de résultats ne couvrent que les années 2002, 2005 et 2006 et ils ne sont pas exactement similaires d'une année à l'autre.
- CPAM 93 : Afin d'évaluer la part prise par les médecins de ville, j'ai fait une requête auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie de Seine Saint Denis. Compte tenu du peu d'appétence des médecins de ville pour les déclarations obligatoires, on peut s'attendre à une importante sous-estimation de celle-ci au travers des bulletins d'IVG. Par contre, la prise en charge financière des actes

---

<sup>9</sup> Pour un exposé sur l'évolution des BIG, voir C. ROSSIER et al « Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 » (60)

pratiqués en ville doit apparaître au niveau de l'Assurance Maladie. C'est la démarche adoptée depuis 2006 par la DREES qui corrige les données SAE en leur ajoutant celles obtenues auprès de la CNAMTS (66). Malheureusement, un mois après ma demande, aucune information ne m'est parvenue.

### **3.4 L'action menée a dû prendre en compte diverses contraintes**

La programmation de ce travail a été imposée par le fonctionnement du service de la DDASS/DTARS, des disponibilités des personnes à interviewer (notamment les chefs de service) et ma formation à Rennes. Le manque de temps a été la principale contrainte de ce travail, ce qui n'est pas surprenant compte tenu du nombre et de la variété des tâches qui incombent aux MISP et aux IASS.

Le même problème de temps a pesé sur la disponibilité des informations que je comptais obtenir de la part de l'Assurance Maladie.

La stratégie adoptée a donc été de retrouver les données chiffrées disponibles sur les sites Internet ou à partir des rapports fournis par les personnes ressources, de comparer les résultats de ces diverses sources afin de dégager l'évolution du nombre des IVG pratiquées et le profil des femmes y ayant recours dans le département.

Ces résultats ont été également mis en perspective avec les renseignements quantitatifs et qualitatifs fournis par les responsables rencontrés sur le terrain.

## 4 L'action et ses résultats

### 4.1 L'inspection des établissements

En dehors de quelques problèmes techniques ayant entraîné des fermetures temporaires, la situation des trois établissements publics enquêtés a montré que leur activité d'IVG a été stable durant les cinq dernières années, l'un des trois sites est le centre d'orthogénie ayant la plus grosse activité du département, avec une moyenne de 930 IVG annuelles sur site et 560 IVG en ville. C'est le seul centre ayant ressenti l'impact des IVG pratiquées en ville. Les chiffres présentés par ces établissements sont comparables à ceux retrouvés dans le SAE.

Deux des trois établissements ont passé convention avec 56 médecins actifs essentiellement dans des CPEF ou des CMS. Le troisième établissement ne peut sécuriser l'activité de médecins de ville car situé en dehors de l'enceinte de l'hôpital principal, il n'est pas ouvert la nuit et est lui-même conventionné pour ses propres urgences.

Les trois centres d'orthogénie fonctionnent en coordination avec d'autres établissements et des associations telles que le MFPP ou le réseau ville hôpital (REVHO) (35). Ils assurent également le conseil conjugal et le dépistage des infections sexuellement transmissibles. Chacun des centres dispose d'un secrétariat doté d'une ligne téléphonique spécifique lui appartenant en propre, celui-ci est en mesure de renseigner les femmes sur les prises en charge et de les orienter.

Le délai de réponse recommandé par la HAS pour une première consultation est de cinq jours. Dans les établissements inspectés, ce délai est resté stable dans les cinq dernières années, il s'établit entre 2 à 15 jours ; les délais les plus longs concernent les IVG instrumentales avec anesthésie générale dont le terme est loin des limites réglementaires. Les refus sont rares en dehors des raisons liées au dépassement du terme légal (5 refus en 2009 pour l'un des centres pour cause d'urgence et de manque de personnel) les femmes sont alors orientées vers un autre centre. En été, les délais de prise en charge sont allongés du fait de la fermeture de certains centres et du manque de personnel. En raison de l'absence de médecins lors de leurs vacances, le choix des méthodes proposées peut être réduit. Il est rapporté qu'en période estivale, de nombreuses femmes ne se présentent pas à leur rendez-vous, ce qui gaspille du temps médical et pénalise les autres femmes.

Dans les trois centres un entretien psychosocial est systématiquement proposé, de même qu'un accompagnement social spécifique pour les femmes en précarité.

L'échographie de datation de la grossesse est systématique dans deux centres, il est possible dans le troisième. Les examens sanguins recommandés sont pratiqués dans les trois centres systématiquement.

Les mineures sont prises en charge sans consentement parental, toutefois il est arrivé qu'elles reçoivent par erreur une facture de laboratoire à domicile.

Les grossesses de 12 à 14 semaines d'aménorrhée sont prises en charge en urgence.

Enfin les différentes méthodes sont pratiquées dans les trois centres et proposées au choix de femmes dans la limite des contraintes liées au terme de leur grossesse.

Le nombre d'établissements publics pratiquant l'interruption volontaire de grossesse en Seine Saint Denis est resté le même depuis 1990 alors que celui des établissements privés a diminué des deux tiers. Cela n'est pas une évolution surprenante dans la mesure où la législation en fait l'obligation aux établissements publics disposant du plateau technique adéquat<sup>10</sup>, tandis que les montants forfaitaires de prise en charge par l'Assurance Maladie, bien que réévalués périodiquement (23 et 25) en font une activité peu rémunératrice, ce qui explique le désengagement des privés.

La principale préoccupation qui a été soulevée lors de ces visites a trait à la pérennité du service à moyen terme en raison du vieillissement des praticiens (souvent des militants des années 70) et de l'absence d'une politique claire des établissements pour former et inciter les jeunes praticiens à cette pratique.

Enfin il nous a été signalé une augmentation très nette du nombre de mineures ayant recours à l'IVG depuis deux ans. Dans un des centres visités, le nombre de femmes mineures a doublé de 2008 à 2009 et atteignait déjà le chiffre annuel de 2009 fin mars 2010.

## **4.2 Les informations recueillies des personnes ressources**

En dehors des établissements inspectés, certaines personnes, très impliquées dans le mouvement pour la pratique de l'IVG, ont pu apporter un point de vue plus qualitatif, voire affectif, sur la qualité de prise en charge. C'est le cas de personnels des centres de PMI du département ou de centres d'orthogénie rencontrés en dehors des inspections programmées. Dès le mois de mai 2005, le président du Conseil Général de Seine Saint Denis a autorisé les praticiens salariés des centres de santé et de PMI à conventionner avec les établissements de santé pour la pratique des IVG médicamenteuses. Les rapports annuels d'activité montrent une montée en puissance des centres de santé

---

<sup>10</sup> Article R2212-4 du CSP

pilotés par le conseil général ou les municipalités. De 2006 à 2008, le nombre d'IVG pratiquées annuellement dans ces centres est passé de 370 à près de 800.

Le mouvement français pour le planning familial de Seine Saint Denis a réalisé début 2010 une enquête en Seine Saint Denis visant à évaluer l'accès à l'IVG. Ce travail a mis en avant les cinq éléments suivants qui doivent être considérés avec prudence compte tenu du militantisme des membres de cette association :

- « *Une augmentation du délai d'attente dans les établissements publics de 1 semaine en 1990 à 2 semaines en 2009 pour avoir un premier rendez vous.* » Cette conclusion paraît un peu rapide et il aurait été plus intéressant de confronter les données des dix dernières années : il arrive que les délais de prise en charge dans les centres que nous avons visités atteignent 2 semaines de façon ponctuelle lorsqu'il y a une difficulté de disponibilité de personnel et si le terme de la grossesse est peu élevé, en revanche, si les délais sont courts, la femme est prise en charge en urgence et le délai de prise en charge peut être inférieur aux cinq jours préconisés par l'HAS. Il nous a été signalé par ailleurs une attente habituelle de deux semaines pour une prise en charge dans quatre cliniques privées sur huit.
- « *Des difficultés de prise en charge à partir de 12 semaines d'aménorrhée (SA)* ». Le dépassement des délais réglementaires peut poser problème et ceci constitue l'unique cause de refus de prise en charge par les centres. Les femmes sont alors orientées vers le MFPP le plus souvent. Par contre tous les centres inspectés reçoivent en urgence les IVG tardives entre 10 et 12 semaines de gestation (12 à 14 SA).
- « *Une baisse considérable des établissements privés pratiquant les anesthésies locales à contrario des établissements publics.* » Les IVG sous anesthésie locales ne nous ont pas paru poser problème dans les établissements publics. Il n'est pas certain que les établissements privés aient jamais réalisé des IVG sous anesthésie locale en raison du temps nécessaire à la mise en œuvre de cette technique.
- « *Malgré les décrets d'application de 2004, seulement la moitié des établissements publics et privés pratiquent la méthode médicamenteuse à domicile* ». Sauf le cas particulier d'un centre situé hors de la structure hospitalière, tous les établissements publics et la clinique PSPH pratiquent la méthode médicamenteuse à domicile. Les privés ne sont pas financièrement intéressés à contracter avec les médecins de ville.
- « *Malgré la loi de 2001, la majorité des établissements privés continuent à exiger la présence d'un des parents lors d'une IVG, (6 sur 8) ce qui n'est pas le cas des publics.* » Cette affirmation est probablement exacte.

Des efforts restent à faire, notamment du fait que l'interruption volontaire de grossesse demeure une activité particulière de la pratique médicale qui n'est pas considérée comme gratifiante par beaucoup de praticiens (39). La pratique des IVG reste donc très dépendante de la bonne volonté des chefs de service. Il existe ainsi un établissement public où le chef de service n'est pas favorable aux IVG et ne facilite donc pas la pratique des IVG par les jeunes médecins.

Il nous a également été rapporté que certains anesthésistes font preuve de mauvaise volonté à satisfaire la demande des femmes (notamment en cas d'IVG itératives) en refusant une anesthésie générale afin « qu'elles se rendent compte de ce qu'elles font ».

### **4.3 L'exploitation des données**

#### **4.3.1 La disparités des résultats selon les sources de données**

Si l'on veut évaluer l'évolution du nombre des IVG dans la région et le département, il faut interroger les organismes qui colligent cette information ; les données chiffrées sont disponibles sur divers sites de bases de données (SAE, PMSI, INED) mais leur mode de recueil et de stockage est fait à des fins d'utilisations diverses (SAE pour l'activité des établissements à des fins de mesure de l'activité, PMSI à des fins de financement, INED à des fins épidémiologiques), aucune n'est complètement fiable et la divergence des chiffres recueillis en est le témoignage.

Les tableaux figurant en annexe 4 illustrent l'évolution du nombre d'IVG pratiquées en Ile de France et en Seine St Denis selon les sources de données de 2004 à 2009. Pour l'Ile de France les courbes de la DREES et de la DRASSIF/INED sont stables à respectivement 58 000 et 40 000 IVG, celles du SAE montre une nette décroissante de 57 000 à 45 000 en 4 ans, tandis que la courbe du PMSI n'est pas interprétable en raison d'un manque de données de 2004 à 2006. En ce qui concerne le département de la Seine Saint Denis, la courbe du SAE a tendance à décroître de 2006 à 2008, les BIG montrent une augmentation légère jusqu'en 2008 puis décroît tandis que celle du PMSI décroît régulièrement de 8 000 à 6 000 IVG annuelles entre 2005 et 2009.

Les décrets de 2002 et 2004 (8) (14) ont permis aux praticiens de pratiquer les IVG en dehors des établissements de santé, pourvu qu'ils passent convention avec eux. Depuis cette période, on note un infléchissement vers le bas des courbes du nombre d'IVG pratiquées dans les établissements (SAE et PMSI) aussi bien en Ile de France qu'en Seine Saint Denis. Dans le département, le nombre d'IVG déclarées par les établissements a régulièrement diminué pour se situer à presque 7 400 en 2009, ce qui représente 18 à 20% des IVG de la région (Source DRASSIF). Si l'on se base sur les

chiffres de l'année 2007 pour laquelle nous disposons des données corrigées de la DREES, il apparaît que les BIG représentent grossièrement 40 000 IVG pour 58 000 IVG estimées en Ile de France. Si on tente une estimation du nombre d'IVG pratiquées en Seine Saint Denis en appliquant le même taux de correction aux chiffres des BIG, on obtient environ 10 700 IVG en 2009. Il y aurait donc annuellement environ 3 300 IVG non déclarées dont une bonne part pourrait provenir des IVG médicamenteuses en ville pour lesquelles je n'ai pas encore pu obtenir de renseignement. Selon les informations concordantes recueillies à partir du SAE et du Conseil général 93 le nombre d'IVG pratiquées en ville dans les centres de santé et les CPEF a rapidement crû de 2005 à 2008, année où leur nombre annuel a atteint 800 (voir graphique en annexe 4).

#### 4.3.2 Evolution de l'offre

- Diminution de l'offre des établissements privés

La réalisation de la plupart des IVG en Seine Saint Denis a, comme dans le reste de la France, tendance à se concentrer sur quelques établissements (67). La diminution de la participation des établissements privés à l'offre de soins est bien apparente sur les graphiques de l'annexe 4, quelle que soit la source des données ; elle n'est pas intégralement compensée par l'activité des établissements publics. Certaines cliniques n'apparaissent plus que pour une très faible part dans l'offre IVG, elles ne continuent à pratiquer l'IVG qu'à la demande de leur clientèle (46). Le développement rapide de la méthode médicamenteuse en ville, pour laquelle les données épidémiologiques paraissent très incomplètes, n'aurait que peu impacté l'activité des centres d'orthogénie selon les dires, mais la tendance des courbes du SAE montre une diminution de celle-ci. En principe, tout médecin pratiquant l'IVG en cabinet de ville doit déclarer ces actes à l'établissement de santé avec lequel il a passé convention, lequel doit les faire figurer sur le SAE. Dans son rapport sur les IVG pour l'année 2007, la DREES estimait que cette année là, les actes de ville représentaient le sixième des IVG médicamenteuses. Il est probable que le nombre des IVG réalisées en ville a encore augmenté depuis et qu'une bonne part ne soit pas déclarée.

- Maintien du nombre de praticiens

Le nombre de médecins investis dans l'IVG n'a globalement que légèrement diminué, selon le SAE, après un pic de l'offre à 55 en 2006 (pic que l'on retrouve au niveau régional), le nombre de praticiens s'est stabilisé un peu en dessous du niveau de 2004 : 39 praticiens. La baisse concerne les praticiens travaillant exclusivement dans le privé, il

n'est pas exclu qu'une partie d'entre eux continuent à pratiquer des IVG à la demande de leur clientèle.

- Le délai de prise en charge est stable à un peu plus de 1 semaine

La Haute Autorité de santé a défini le délai de prise en charge comme étant l'intervalle de temps entre le premier appel de la femme demandeuse et la première consultation. La recommandation est que ce délai ne dépasse pas 5 jours (38).

Selon le SAE, le délai de prise en charge oscille selon les années entre 8 et 11 jours dans le département 93, et entre 8 et 10 jours en Ile de France. Ce ne sont évidemment que des moyennes qui peuvent cacher les extrêmes dénoncés par le MFPPF et dont il serait intéressant de savoir comment elles ont été calculées : concernent-elles la moyenne des délais déclarés par chaque établissement éventuellement rapportée au nombre de femmes admises par celui-ci ou bien sont-elles calculées à partir des données individuelles des dossiers médicaux ou des registres des entrées ? Cette information ne figure pas sur les bulletins d'IVG.

- Pas de fuite manifeste des femmes du 93 vers les autres départements

Si le nombre d'IVG réalisées par les établissements en Seine Saint Denis a tendance à diminuer alors que le nombre d'VG pratiquées en Ile de France reste stable, on peut en inférer soit que les femmes vont dans un département voisin pour bénéficier de ce service, soit que le nombre d'IVG enregistrées est inférieur à la réalité par défaut de déclaration.

Les données de la DRASSIF qui se basent sur les bulletins de déclaration IVG sont les seules qui permettent d'étudier le nombre d'IVG pratiquées selon le lieu de résidence des femmes. L'inconvénient de ces données est qu'elles ne sont pas exhaustives et qu'elles ne couvrent que quatre années. Mais elles représentaient tout de même les deux tiers des données totales en 2007 ce qui constitue un échantillonnage appréciable ; il n'y a pas de raison évidente pour qu'un département soit significativement moins bien renseigné qu'un autre : les tendances devraient donc être respectées.

La comparaison du nombre d'IVG pratiquées dans les huit départements d'Ile de France sur les quatre dernières années ne montre pas d'augmentation d'activité dans les départements limitrophes du 93, notamment le 75, le 77 et le 95.

Le phénomène de fuite des femmes vers les départements d'Ile de France peut également être tracé en mesurant le nombre de femmes demeurant en Seine Saint Denis qui bénéficient du service dans leur département et dans le reste de l'Ile de France. S'il y a une augmentation de la difficulté à être prise en charge dans le 93, le nombre de femmes venues de ce département doit augmenter dans les départements limitrophes. Les données disponibles (BIG) ne montrent pas une telle augmentation de 2006 à 2009.

En fait pour les mineures, il y a annuellement autant de femmes du 93 allant faire leur IVG dans le 75<sup>11</sup> qu'il y a de femmes domiciliées à Paris allant en Seine Saint Denis. Lorsque l'on considère les femmes tous âges confondus, environ 900 d'entre elles vont chaque année du 93 vers Paris pour 600 femmes du 75 se rendant en Seine St Denis. Les centres d'orthogénie de Seine Saint Denis exercent donc une attraction certaine hors du département.

### 4.3.3 L'évolution du profil socio-démographique des femmes

Pour ce chapitre, les seules données à disposition sont celles des bulletins IVG, soit déjà traitées par l'INED pour les années précédant 2007, soit traitées par moi-même pour les années 2007 à 2009.

- Des données qui comportent un risque de biais

Les bulletins d'interruption volontaire de grossesse constituent la seule source qui permette d'étudier le profil socioéconomique des femmes<sup>12</sup>. Le profil par l'âge peut être également estimé par le PMSI, mais pas directement à partir du site, une requête est nécessaire.

Compte tenu du pourcentage important de bulletins recueillis par rapport au total estimé d'IVG, on pourrait s'attendre à ce qu'ils permettent de retracer assez bien cette évolution (60).

Il est toutefois à craindre que le manque d'exhaustivité, qui concerne principalement les femmes bénéficiant de l'IVG médicamenteuse en ville, laquelle est estimée en développement important, n'introduise un biais de sélection des femmes qui ira en s'accroissant avec le temps. On peut ainsi se demander si les femmes qui consultent un médecin de ville et optent pour la méthode médicamenteuse ne constituent pas un profil particulier : ce seront des femmes dont le terme de grossesse ne dépasse pas 7 semaines d'aménorrhée (37), limite légale de l'IVG pratiquée en ville<sup>13</sup>, et qui préfèrent consulter un praticien privé (36), donc probablement pas des bénéficiaires de la CMU ni de l'AME (la première consultation n'est pas couverte par le forfait IVG de l'Assurance Maladie). Elles seront aussi probablement domiciliées dans le département et seront majeures puisque la majorité des privés du département exigent la présence d'un parent selon nos renseignements. On peut donc craindre un biais qui joue sur deux facteurs : la distribution des âges et le terme moyen des grossesses.

---

<sup>11</sup> Environ 25 femmes mineures par an d'après les BIG sur les quatre dernières années

<sup>12</sup> ROSSIER et al. notaient en 2006 : « les bulletins restent la seule source de données disponible sur les caractéristiques socio-démographiques des femmes qui ont une interruption de grossesse et la durée de gestation à l'avortement. » (ROSSIER et al., 2006)

<sup>13</sup> Article R2212-10 du CSP

- Les chiffres confirment l'augmentation du nombre des mineures signalée par les établissements (57) (61)

Pour cette étude rapide, j'ai repris les résultats de l'INED en 2002 et 2005 et ceux de la DRASSIF en 2009. Les deux organismes exploitent les mêmes sources d'information, les BIG, même si ceux-ci ont été modifiés entre temps : l'âge des femmes, leur département de résidence et le temps de gestation sont renseignés pour chacune de ces années.

Les tableaux figurant en annexe 4 montrent que le pourcentage des femmes âgées de moins de 18 ans ayant eu une IVG et résidant en Ile de France passe de 3,8% à 6,4% de 2002 à 2009 et celui des femmes résidant en Seine Saint Denis croît de 4,7% à 7,9% dans la même période. Le même phénomène se retrouve chez les femmes de 18 à 19 ans avec respectivement une progression de 7,3% à 8,9% pour la région et de 8,5% à 10,5% pour le département. Le test statistique du KHI2 appliqué aux deux populations montre une différence significative avec  $p < 0,000001$ .

Le même exercice appliqué aux populations de femmes ayant eu une IVG en 2005 et en 2009 donne également une répartition des âges significativement différente avec  $p = 0,0001$  pour les résidentes d'Ile de France et  $p = 0,0138$  pour les résidentes de Seine Saint Denis.

Cette augmentation est surtout notable pour les femmes mineures résidant en Seine Saint Denis : en 2008 et 2009 leur nombre était le double de celui des mineures de chacun des autres départements à l'exception de Paris. (voir graphique en annexe 4)

- Le profil économique des femmes a varié significativement depuis 2002

Les bulletins permettent d'enregistrer le profil économique des femmes en les classant en cinq catégories :

1. Occupe un emploi
2. Actuellement au chômage
3. Femme au foyer
4. Etudiante ou élève
5. Autre

Le tableau figurant en annexe 6 ne reprend que les quatre premières catégories. Les différences entre les pourcentages des différentes catégories sont faibles mais significatives entre 2002 et 2009 d'une part et entre 2005 et 2009 d'autre part, aussi bien pour le 93 que pour l'Ile de France. L'augmentation du nombre de mineures ayant subi une IVG pourrait être un facteur participant à cette évolution : on remarque une augmentation régulière entre 2002 et 2009 du pourcentage des femmes se déclarant étudiantes ou élèves de 21,7% à 23,5% en région et de 23,6% à 26,1% dans le département. Il faut également noter, dans le même laps de temps, la diminution des

pourcentages de femmes se déclarant femmes au foyer qui passent de 13,1% à 10,6% en Ile de France et de 18% à 16,2% en Seine Saint Denis.

- La proportion d'IVG tardives reste stable, mais est nettement plus élevée parmi les femmes résidant en Seine Saint Denis

La durée de gestation au moment de la prise en charge est considérée comme un indicateur de l'accès à l'IVG (60) : plus le terme est élevé, plus on considère que la femme a éprouvé des difficultés à être prise en charge.

Les bulletins enregistrent le nombre de semaines d'aménorrhée pour évaluer la durée de gestation. La loi limite cette durée de gestation à 12 semaines de grossesse<sup>14</sup>, soit 14 semaines d'aménorrhée. Les IVG tardives concernent les IVG pratiquées entre la 12<sup>ème</sup> et la 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

Au niveau des BIG, le pourcentage des IVG tardives parmi les femmes résidant en Seine Saint Denis (qui ont pu éventuellement aller en Ile de France hors de leur département) oscille selon les années entre 7% et 8%. Les IVG tardives dénombrées dans les centres d'orthogénie inspectés représentent entre 15% et 27% de leur activité. Cette différence est due au fait que les services inspectés sont des services publics ou privés PSPH de recours, ils assurent donc les IVG tardives que ne veulent pas réaliser les autres, notamment certaines cliniques privées et établissements hors 93.

Ces pourcentages sont à comparer avec ceux de l'Ile de France qui restent compris dans une fourchette de 5% à 6%. Si l'on considère le domicile des femmes, les IVG tardives pratiquées sur les femmes résidant dans le 93 représentent environ le quart des IVG tardives de la région.

- Plus d'un tiers des femmes en demande d'IVG en ont déjà eu une antérieurement

De 2005 à 2009, environ 38% des femmes enregistrées dans les bulletins et résidant en Seine Saint Denis avaient déjà eu au moins une IVG. En ce qui concerne les femmes de la région Ile de France, 34% d'entre elles avaient eu une expérience similaire. Le nombre d'IVG itératives est donc relativement plus élevé parmi les femmes habitant le 93.

Ces résultats sont cohérents avec ceux de ROSSIER et al. qui ont calculé un pourcentage de 33,2% pour la France entière en 2005 (60). Dans son rapport de 1999, NISAND et al. (56) notaient que les femmes ayant déjà eu une IVG étaient plus inclinées que les autres à y recourir.

D'après les BIG de l'année 2009, les femmes d'origine étrangère utilisent plus volontiers l'IVG : 41,5% des femmes étrangères ayant subi une IVG en l'Ile de France en 2009 avaient une IVG ou plus dans leurs antécédents ; et 45% des femmes étrangères domiciliées dans le 93 ayant eu une IVG en avaient eu au moins une antérieurement.

---

<sup>14</sup> Article L2212-1 du CSP

Le tableau statistique de l'INED de 2006 montre que les femmes d'origine étrangère représentaient près de 44% des IVG pratiquées en Seine Saint Denis (Paris 45%) et 35% de celles pratiquées en Ile de France. L'examen des BIG de la DRASSIF pour 2009 montre des proportions différentes : les femmes d'origine étrangère ne représentent plus que 37% des IVG en Seine Saint Denis et 30% des IVG en l'île de France. Malheureusement on ne peut recouper ces deux sources sur une année commune car le champ « lieu de naissance » du BIG n'a pas été enregistré à la DRASSIF avant 2009.

## **4.4 Le mode d'aboutissement du travail entrepris**

### **4.4.1 Au cours de ce travail, des difficultés inattendues**

L'action entreprise a suscité des démarches parallèles et complémentaires associant un travail de terrain marqué par les inspections des centres d'orthogénie et la rencontre de personnes ressources et un travail de recherche et de compilation de données épidémiologiques qui s'est avéré beaucoup plus compliqué que prévu.

Les circonstances n'ayant pas rendu possible la réalisation d'un grand nombre d'inspections, je me suis appuyé largement sur l'expérience de mon maître de stage dont les connaissances du sujet autant que du terrain ont facilité ma compréhension des problèmes liés à l'IVG dans le département.

Nous nous sommes rapidement rendu compte que les données tant quantitatives que qualitatives sur les IVG étaient surtout globales à l'échelle de la région et pas toujours récentes, et que ce dont nous disposions ne nous fournissait pas beaucoup d'informations sur le profil socio-démographique des femmes ayant recours à l'IVG. D'où la recherche dans la littérature et sur les sites Internet des banques de données existantes.

Ma recherche m'a orienté naturellement vers la Commission régionale de la naissance à l'ex DRASSIF (devenue ARS) afin d'obtenir à la source des informations de première main. Malheureusement cette commission n'existe plus et la personne en charge du dossier des IVG à la DRASSIF n'était plus en poste et pas remplacée durant cette période transitoire entre DRASS et ARS. J'ai toutefois pu, avec l'aide du médecin inspecteur régional et de la chef du service des statistiques, obtenir les données brutes relatives aux BIG qui transitent dans l'institution pour validation avant transmission à l'INED, charge à moi de les exploiter et d'en rendre compte.

Ces données sont celles qui correspondent le mieux à ma préoccupation, mais elles sont difficiles à exploiter<sup>15</sup> : le mode de saisie informatique a changé entre 2008 et 2009 avec une augmentation du nombre de champs saisis, mais la technique d'IVG médicamenteuse n'a pas été prise en compte. Les erreurs de saisie des données, si elles

---

<sup>15</sup> Sur la qualité des informations tirées des BIG, voir C. ROSSIER et al., Septembre 2006, « Qualité des données des bulletins de 2002 » Tiré à part INED, 14p.

ne sont pas graves en soi car relativement faciles à corriger, nécessitent un travail de correction fastidieux qui prend beaucoup de temps. Il faut également tenir compte des informations récoltées lors des interviews : on apprend ainsi que dans certains centres les femmes sans papier sont déclarées mineures afin qu'elles bénéficient d'une prise en charge rapide, ceci explique le passé gynécologique « riche » de certains enregistrements de mineures. On doit donc réajuster certaines données en tenant compte de ce facteur.

Enfin le manque d'exhaustivité ne permet pas de tirer des conclusions définitives quant à l'évolution quantitative des IVG. On peut toutefois espérer un éclairage sur le profil des femmes, à condition de garder en tête le risque de biais de sélection lié à la non déclaration.

J'ai déjà fait mention plus haut des problèmes liés à l'inégalité de la qualité des enregistrements des systèmes SAE et PMSI, les deux souffrant d'un manque d'exhaustivité notamment pour ce qui concerne les IVG effectuées dans certains établissements et en ville. En croisant les données entre elles, on s'aperçoit que les chiffres du SAE deviennent de moins en moins exactes du fait de l'absence de déclaration des IVG faites en établissement privé. Les données du ePMSI ne sont pas complètes car les établissements relevant de l'AP-HP n'y figurent pas. La DREES tient compte de ces faits et corrige ses chiffres en prenant en compte le nombre de forfaits IVG enregistrés par les caisses de l'Assurance Maladie dans le secteur privé. A. VILAIN estime qu'un tiers des IVG pratiquées par ce secteur ne sont pas déclarées (66).

J'ai tenté de pallier ce défaut en faisant une requête à la CPAM 93. J'ai été très bien accueilli, malheureusement ce genre de recherche prend du temps et après un mois, je ne connais toujours pas le nombre d'IVG pratiquées en ville dans le département en 2009.

#### **4.4.2 Les résultats obtenus en fonction des objectifs**

- La première question qui se posait au début de ce travail concernait l'évolution du nombre global d'IVG pratiquées en Seine Saint Denis. Il est difficile de tirer une conclusion définitive à partir des informations quantitatives obtenues. Le nombre d'IVG pratiquées en établissements tend à diminuer, mais nous manquons d'informations fiables quant à celles qui sont pratiquées en ville. Compte tenu de leur rapide ascension entre 2005 et 2008, on peut s'attendre à ce qu'elles complètent les chiffres des établissements pour maintenir le nombre total d'actes à un niveau stable. Les données espérées de la CPAM devraient nous conforter en ce sens.

- La prise en charge des femmes est-elle en conformité avec les obligations réglementaires et les préconisations de l'HAS ? A ceci on peut répondre oui le plus souvent dans les établissements publics et la clinique privée PSPH. Les difficultés rencontrées sont surtout liées à des cas de force majeure qui peuvent soit allonger le temps de pris en charge, soit affecter le choix de la technique proposée, le personnel des centres s'efforce en général à satisfaire au maximum le désir des femmes et les recommandations de l'HAS. Il n'en est pas de même dans certaines cliniques privées qui, peu satisfaites du montant forfaitaire, cherchent à diminuer le service offert, soit en allongeant le temps de prise en charge, soit en restreignant le choix technique à l'IVG instrumentale avec anesthésie générale, soit en refusant systématiquement de prendre en charge les IVG tardives. Les mineures sont encore obligées de présenter un accord parental dans plus d'une clinique sur deux.
  
- L'offre de soins IVG en Seine Saint Denis satisfait-elle à la demande ? Si l'on s'en tient aux résultats chiffrés obtenus qui occultent une partie des IVG de ville, on peut dire que oui : le taux de fuite n'a pas augmenté, les établissements du 93 sont même attractifs vis à vis des autres départements de l'Île de France. Les IVG tardives des femmes du 93 qui signent une difficulté de prise en charge restent stables, mais elles représentent le quart des IVG tardives de la région. Les IVG itératives concernent 38% des femmes ayant eu recours à l'IVG, ce qui est supérieur de 4 à 5% à la moyenne régional et nationale. Ces constatations révèlent une relative difficulté de prise en charge des femmes du département dont on peut spéculer qu'elle est due à de nombreux facteurs qui dépendent apparemment moins de l'offre départementale pour l'IVG que du profil de la population du 93 : population jeune, taux de fécondité élevé, forte présence étrangère, indice de précarité élevé... et certainement une faillite partielle du programme de contraception.
  
- Le profil socio-démographique des bénéficiaires évolue vers un rajeunissement des femmes, avec une augmentation importante des mineures et des moins de 20 ans, tandis que les plus de trente ans ont moins recours à l'IVG. Le nombre de femmes se déclarant élèves ou étudiantes a augmenté depuis 2002 et 2005, tandis que celui des femmes au foyer a diminué, ce qui corrobore l'évolution des groupes d'âge. Ce propos doit être nuancé du fait du manque d'information concernant les IVG de ville qui peut introduire un biais dans la répartition des groupes d'âge et d'activité, les femmes ayant des revenus étant probablement plus enclines à consulter un médecin libéral.

L'origine étrangère des femmes joue également un rôle important, notamment pour ce qui regarde aux IVG itératives, problème qui nous ramène à celui des mineures, sachant que plus une femme est jeune lors de sa première expérience, que la grossesse soit menée à terme ou interrompue, plus elle a tendance à recourir à l'IVG en cas de grossesse non désirée (61).

- Quelles actions pourraient être envisagées afin d'améliorer la situation ?

On pourrait distinguer deux approches opérationnelles du problème posé par l'IVG :

a- Assurer que la prise en charge de l'IVG répond à la demande et aux recommandations de l'HAS (approche à court et moyen terme)

- Rappel des privés à la réglementation notamment en faveur du choix de la technique et la réception des mineures et effectuer (si possible) des inspections plus fréquentes, mais le nerf de la guerre reste l'incitation financière : tant que le financement de l'acte ne sera pas mis au niveau des autres actes médicaux et traité dans le cadre de la T2A<sup>16</sup>, les privés ne s'investiront pas ;
- L'inscription de l'IVG dans les contrats d'objectifs et de moyens des établissements a été une réalisation de l'ARH, mais le respect des objectifs n'a pas été assorti d'une sanction, le MISP peut militer dans cette optique au sein de l'ARS ;
- Inciter les directeurs d'établissements à proposer aux jeunes médecins une formation à la pratique des IVG.

b- Encourager l'accès des mineures à la contraception (travail sur le long terme)

- Rencontrer des médecins de ville et des pharmaciens afin de connaître leurs pratiques et leur réponses aux demandes manifestées par les femmes dans le domaine de la contraception et de l'IVG.
- Travailler en relation avec les médecins scolaires afin d'améliorer l'approche des élèves lors des entretiens occasionnés par une demande de contraception d'urgence, s'assurer que les élèves sont informées de cette possibilité gratuite en établissement scolaire (34). Peut être est-il possible d'approcher les enseignants par leur intermédiaire.
- Encourager en coopération avec les équipes du Conseil général la contraception dans les services sociaux aux mineurs, jeunes adultes et étrangers lors des inspections et des rencontres avec le personnel.

---

<sup>16</sup> Revaloriser financièrement l'acte IVG faisait partie des recommandations de l'IGAS en 2009 (39)

#### **4.4.3 Ce qui aurait pu être fait dans l'idéal pour compléter ce travail**

1. Visiter un ou deux centres de santé dépendant du conseil général et y interviewer quelques praticiens conventionnés avec un centre.
2. Faire une requête auprès de la CNAM afin d'exploiter les prises en charges d'IVG de toute la région.
3. Faire une enquête par envoi de questionnaire auprès des praticiens du département ayant passé convention, mais il n'est pas certain qu'ils répondent, une visite serait sans doute plus efficace.

La contrainte de temps aurait pu être surmontée si j'avais su dès le mois de janvier que je connaîtrais les difficultés déjà décrites. J'aurais alors fait ma requête à la CPAM six mois plus tôt et conçu et envoyé des questionnaires à tous les médecins pratiquant l'IVG dans le département et dont l'Assurance Maladie a la liste. Mais le sujet de ce mémoire ne s'est décidé qu'après la première semaine de mars ce qui ne laissait pas assez de temps pour mener ces tâches à bien et obtenir des réponses.

## **5 Principaux enseignements à tirer de la gestion de ce dossier**

En premier vient l'acquisition d'une meilleure connaissance de la problématique des IVG, alors qu'au départ de l'action je ne connaissais rien sur le sujet. C'était d'ailleurs un des motifs de mon choix de cette thématique.

Les visites d'inspection se sont parfaitement déroulées, l'accueil du personnel a toujours été très bon, les gens sont valorisés par le fait que l'on s'intéresse à leur activité, cela d'autant plus que dans les centres d'orthogénie on retrouve souvent un personnel motivé, voire militant.

Les différentes bases de données existantes ne sont ni fiables, ni faciles à exploiter (en tous cas pour ce qui regarde les IVG). Il est donc indispensable de valider les données chiffrées par des recoupements entre différentes sources et par des visites de terrain et le recueil du sentiment des personnes impliquées dans les services.

Il paraît urgent de toucher les jeunes (57) (61). L'augmentation du nombre de mineures ayant recours à l'IVG a déjà été signalée et motivée (60)<sup>17</sup> et elle va probablement s'accroître dans un proche futur.

La question qui se pose avec acuité est celle de l'emploi du temps d'un MISP en poste : durant la durée de ce travail, j'étais « protégé » et ne subissais donc pas les contraintes de service inhérentes à tout fonctionnaire en poste. Aurai-je le temps de mener à bien ce genre de travail lorsque je serai en poste compte tenu des sollicitations multiples dont les MISP font l'objet ? Il est impossible dans l'état actuel du mode de collecte des informations de se contenter d'utiliser les données chiffrées disponibles sur une des bases de données existantes ; si l'on est pressé, il faut retrouver soi-même les données pertinentes et les exploiter. Il faut donc enquêter sur le terrain, croiser les informations et traiter les enregistrements épidémiologiques, ce qui prend un temps considérable.

Les MISP sont les seules personnes ayant les capacités techniques d'évaluer la qualité d'une prise en charge médicale dans sa globalité : il est clair que les personnels soignants dans leur immense majorité sont attentifs à apporter les meilleurs soins pour le soulagement des patients, mais ces personnels ne bénéficient pas du recul et de la vue d'ensemble du système de santé à l'échelle départementale, régionale, voire nationale dont dispose le MISP. Celui-ci jouit sinon d'une liberté d'action complète (manque de temps au regard de l'ampleur de la tâche, commandes venant de la hiérarchie et tâches administratives indispensables...), d'une légitimité qui lui permet de rencontrer tous les acteurs, les réunir, les coordonner, évaluer les actions de santé, inciter à l'amélioration des pratiques et aussi aider à rectifier certains dysfonctionnements.

Cette vision peut être un peu idéaliste du métier élimine pour ma part toute frustration à ne pas pratiquer la médecine, dans la mesure où le rôle du MISP en visant la qualité de la prise en charge de la santé non pas d'individualités clientélistes mais de l'ensemble de la population, s'adresse en bien des cas à des problèmes individuels de façon désintéressée.

---

<sup>17</sup> ROSSIER et al. 2009 : « L'augmentation du taux d'IVG chez les jeunes depuis les années 90 est donc expliquée par la propension toujours plus élevée à interrompre une grossesse à ces âges »

## Conclusion

Au terme de ce travail de trois mois qui m'a permis d'approcher un thème de santé publique qui m'était inconnu, un certain nombre de conclusions peuvent être tirées :

Bien que le nombre total d'interruptions volontaires de grossesse paraisse stable dans le département, le nombre des IVG pratiquées par les établissements a tendance à diminuer sans qu'un phénomène de fuite compensatoire vers les autres établissements de la région soit mis en évidence.

L'offre de soins dans les établissements publics et privés PSPH est conforme aux recommandations de la Haute Autorité de santé, ce qui n'est pas toujours le cas dans les établissements privés. Si l'offre de soins était insuffisante, les établissements publics et privés PSPH dans lesquels l'accueil est satisfaisant devraient être débordés par les demandes, ce qui n'est pas le cas.

On sait sans pouvoir le mesurer exactement que le nombre d'IVG médicamenteuses pratiquées en ville par des praticiens libéraux conventionnés est en augmentation. Aux dires des responsables des centres d'orthogénie, les IVG médicamenteuses de ville ont peu impacté leurs activités : c'est une interprétation sur le fait que les centres ont maintenu une activité élevée (en tout cas les publics, cela n'est pas vrai pour les privés). Mais s'ils affirment qu'ils gèrent et absorbent mieux la demande, n'est-ce pas l'impact des IVG qui n'arrivent plus à l'hôpital qui leur permet de répondre de manière quasi exhaustive ?

L'offre de soins en Seine St Denis paraît donc suffisante à l'heure actuelle, mais le vieillissement des praticiens, qui étaient souvent des militants de l'IVG dans les années 70, doit attirer l'attention sur la nécessité d'assurer leur relève.

Au plan socio-démographique, le principal phénomène signalé aussi bien par les responsables que par l'exploitation des bulletins IVG, est celui de l'augmentation du nombre d'actes chez les mineures et l'augmentation relative du nombre de femmes élèves ou étudiantes par rapport au nombre de femmes au foyer, cela malgré la mise en place de la contraception d'urgence notamment dans les écoles (36) (42).

Nous avons pu noter également que les femmes domiciliées dans le 93 représentent le quart des IVG tardives de la région dont le nombre n'augmente pas toutefois.

Enfin 38% des femmes domiciliées dans le 93 ayant eu une IVG en 2009 en avaient déjà eu au moins une auparavant, et 45% de ces femmes sont d'origine étrangère.

En réponse à ces constatations, plusieurs actions peuvent être envisagées associant le rôle régalién du MISPP en rappelant les structures privées à la réglementation notamment pour ce qui regarde l'accueil des mineures et le choix des techniques, mais il ne faut pas

trop espérer un résultat en l'absence d'obligation faite aux établissements privés d'assurer la prise en charge des IVG. En l'absence d'incitations financières qui relèvent de la politique de santé, il s'agit de négocier et inciter. On rejoint par là le rôle de facilitateur du MISp qui par l'approche des médecins scolaires et des médecins et des pharmaciens de ville peut tenter d'améliorer l'information aux adolescents, et envisager des actions spécifiques avec les personnels de l'Education Nationale.

Enfin, il me reste à marquer ma solidarité avec la première des recommandations de l'IGAS dans son rapport de 2009 (39) à savoir : « Réexaminer l'architecture du dispositif d'information statistique sur l'IVG » en espérant qu'elle sera suivie d'effet afin que les professionnels de santé publique éprouvent moins de difficultés que je n'en ai eues pour connaître la réalité de la prise en charge des IVG dans leur territoire.

---

## Bibliographie

---

### 5.1 Textes juridiques et administratifs

#### Interruption volontaire de grossesse :

1. Code de la santé publique : articles L. 2211-1 et L. 2211-2, L. 2212-1 à L. 2212-11, L. 2214-1 à L. 2214-5, L. 2223-1 à L. 2223-2, R. 2212-1 à R. 2212-19, R. 2222-1 à R. 2222-3
2. Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, J.O. du 18 janvier 1975, p.739-741. (modifiée)
3. Loi n°79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, J.O. du 1er janvier 1980, p.3-4. (modifiée)
4. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure, J.O. du 1er janvier 1983, p.15. (modifiée)
5. Arrêté du 10 septembre 1992 relatif à la détention, la distribution, la dispensation et l'administration de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés (abrogé)
6. Circulaire DH/DGS/DREES/SEDF n°99-628 du 17 novembre 1999 relative à l'organisation et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans les établissements de santé publics et privés, B.O.E.S n°99/48, p.191-195.
7. Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, J.O. n°156 du 7 juillet 2001, page 10823.
8. Décret n°2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé, J.O. du 5 mai 2002, modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur.
9. Décret n°2002-797 du 3 mai 2002 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé, J.O. du 5 mai 2002.
10. Décret n°2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental, J.O. du 5 mai 2002.
11. Circulaire DHOS/DGS n°2002-350 du 14 juin 2002 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, B.O. n°26 du 24 au 30 juin 2002.

12. Circulaire DGS/SD 6D/DHOS n°2003-356 du 16 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des recommandations du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
13. Circulaire DGS/SD 6 D n° 2003-631 du 30 décembre 2003 relative aux modalités d'application et au suivi de dispositifs mis en œuvre par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, B.O. n°2 du 5 au 11 janvier 2004.
14. Décret n°2004-636 du 1er juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire), J.O. du 3 juillet 2004, p. 12061.
15. Arrêté du 1er juillet 2004 abrogeant l'arrêté du 10 septembre 1992 relatif à la détention, la distribution, la dispensation et l'administration de la spécialité MIFEGYNE 200 mg, comprimés
16. Arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse
17. Circulaire N° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse: pratique des IVG en ville et en établissements de santé.
18. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n°2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (art. L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'art. 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003)
19. Circulaire DHOS/E2/DGS/SD3A/2005/501 du 9 novembre 2005 relative aux médicaments utilisés dans l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse
20. Circulaire DGS/6 D/DHOS/O1 n° 2005-290 du 22 juin 2005 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans les établissements de santé et en médecine de ville pendant la période d'été
21. Circulaire n° DHOS/DGS/01/ SD6D/2006/321 du 19 juillet 2006 relative à la prise en charge des interruptions de grossesse (IVG) pendant la période d'été. Complémentarité de l'offre en établissements de santé et en médecine de ville. Coordination des différents acteurs.
22. Circulaire n° DHOS/01/ DGS/MC1/2007/270 du 5 juillet 2007 relative à la prise en charge des interruptions de grossesse (IVG) pendant la période d'été.

Complémentarité de l'offre en établissements de santé et en médecine de ville.  
Coordination des différents acteurs. Actualisation des données.

23. Arrêté du 4 avril 2008 portant modification de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse
24. Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse et modifiant le code de la santé publique (partie réglementaire)
25. Arrêté du 4 août 2009 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse

#### **Centres de planification et d'éducation familiale :**

26. Code de la santé publique : Articles L. 2311-1 à L. 2311-6, L. 5134-1, R. 2112-14, R. 2311-7 à R. 2311-21
27. Décret n°92-785 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification et d'éducation familiale (JORF 12 août 1992) (modifié par le décret n°2003-462 du 21 mai 2003 et décret n°2000-842 du 30 août 2000)

#### **Centres de santé :**

28. Code de la santé publique : Articles L. 6323-1, D. 6323-1 à D. 6323-9, D. 6323-15 à D. 6323-17, D. 6323-19 à D. 6323-20 et D. 6323-23 à D. 6323-25

## **5.2 Ouvrages**

29. SERFATY A., 2005, « L'interruption volontaire de grossesse, bilan des actions (2000) » in SERFATY A., PAPIERNIK E., *L'action collective en périnatalité en Ile-de-France (1996-2000)*, Rennes : ENSP, pp. 259-262.

## **5.3 Thèses et Mémoires**

30. ARGAUD D., avril 2001, *Pourquoi existe-t-il des difficultés de recrutement des médecins pratiquant les IVG ? Exemple de la Bretagne*, Mémoire pour le diplôme de Médecin inspecteur de santé publique, Rennes : ENSP, 58 p.
31. FUR M., Avril 2002, *Prise en charge sanitaire des interruptions volontaires de grossesse en Champagne - Ardennes*, Mémoire pour le diplôme de Médecin inspecteur de santé publique, Rennes : ENSP, 67 p.

32. VANHECKE E., septembre 2006, *L'interruption volontaire de grossesse en ville : Une opportunité pour améliorer l'accès à l'IVG, Expériences et perspectives en Seine-Saint-Denis*, Mémoire pour le diplôme de Médecin inspecteur de santé publique, Rennes : ENSP, 63 p.
33. YÉO S., septembre 2009, *Préparation à l'inspection des établissements pratiquant les interruptions volontaires de grossesse en Bretagne : état des lieux*, Mémoire pour le diplôme de Médecin inspecteur de santé publique, Rennes : EHESP, 32 p.

#### 5.4 Articles

34. GOSSELIN P., Octobre 2008, « La responsabilité des personnels de l'Education Nationale accompagnant des mineures dans des démarches relatives à une contraception d'urgence ou à une interruption volontaire de grossesse », *Lettre d'Information Juridique* n°128, pp. 36-38. [Visité le 8/06/2010] Disponible sur internet : <http://www.cndp.fr/lesScripts/bandeau/bandeau.asp?bas=http://www.cndp.fr/RevueLIJ/som128.asp>
35. HASSOUN D., PERIN I., septembre 2006, « L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse dans un centre de planification familiale, L'expérience d'un réseau ville-hôpital de Seine Saint Denis ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Vol 35 n°5 pp. 483-489. [Visité le 8/06/2010] Disponible sur internet : <http://www.em-consulte.com/article/117932>
36. LELONG N., MOREAU C., KAMINSKI M. et l'équipe COCON, 2005, « Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, n°34 (cahier 1), pp. 53-61. [Visité le 8/06/2010] Disponible sur internet : <http://www.em-consulte.com/article/115233>

#### 5.5 Rapports et autres documents

37. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. 18 octobre 2005. « Conditions d'utilisation de la mifépristone et du misoprostol au cours de l'IVG médicamenteuse ». Lettres aux professionnels de santé. [Visité le 28/04/2010] Disponible sur Internet : <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/>

38. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Mars 2001, « Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines ». 90 p. [Visité le 28/04/2010] Disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr/portail/>
39. AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D., CHAMBAUD L., Octobre 2009, « La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse », Rapport IGAS, 182p. Disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000051/index.shtml>
40. AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D., CHAMBAUD L., Octobre 2009, « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 », Rapport IGAS, 112p. Disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000047/index.shtml>
41. AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D., CHAMBAUD L., Février 2010, « La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication » Rapport IGAS, 109p. Disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000048/index.shtml>
42. AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D., CHAMBAUD L., Février 2010, « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence » Rapport IGAS, 99p. Disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000049/index.shtml>
43. AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D., CHAMBAUD L., Février 2010, « Evaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse en Outre-mer » Rapport IGAS, 129p. Disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000050/index.shtml>
44. BAJOS N. et al., Décembre 2004, « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », *Population & Sociétés*, INED n°407, 4p. [Visité le 28/04/2010] Disponible sur internet : [http://www.ined.fr/publications/pop\\_et\\_soc/](http://www.ined.fr/publications/pop_et_soc/)
45. BARBIER C., novembre 2005, « Eléments de synthèse sur l'IVG en Ile-de-France ». DRASSIF-IRS, 5p. [document non publié]
46. Commission régionale de la naissance, Février 2005, « Enquête IVG à l'étranger 2004. Résultats intermédiaires ». [Visité le 28/04/2010], Disponible sur Internet : <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/enq-ivg2004.pdf>
47. DRASSIF - Inspection Régionale de la Santé, Novembre 2004. « Enquête régionale sur le fonctionnement des sites réalisant des interruptions volontaires de grossesse en 2002. Région île-de-France ». Paris, 24 p. [Visité le 29/04/2010] Disponible sur internet : [http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/enqivg\\_2002.pdf](http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/enqivg_2002.pdf)

48. DRASSIF – Inspection régionale de la santé, Décembre 2005, « L'interruption volontaire de grossesse en Ile de France : Etat des lieux et propositions », Rapport des travaux préparatoires au SROS3 (volet périnatalité), Paris, 64 p. [Visité le 29/04/2010] Disponible sur internet : <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/sros3ivg.pdf>
49. EMBERSIN C. et al., Juin 2004, « Prévention des grossesses non désirées dans trois départements : Rhône, Seine Saint Denis, Somme », Rapport FNORS, Les études du réseau des ORS, 218p. [Visité le 8/06/2010] Disponible sur internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000378/0000.pdf>
50. GAUDU S., Mars 2006, « IVG médicamenteuse en ville L'expérience du réseau francilien REVHO », Paris, REVHO, 17 p. [Visité le 28/04/2010] Disponible sur internet : [http://www.revho.fr/accueil\\_pre\\_pro/documents\\_pdf/REVHO\\_S\\_Gaudu\\_8\\_03\\_08.pdf](http://www.revho.fr/accueil_pre_pro/documents_pdf/REVHO_S_Gaudu_8_03_08.pdf)
51. IAURIF, février 2008, « Fécondité soutenue en Ile de France » Note rapide n°443, Paris, 6p. [visité le 2/06/2010] Disponible sur internet : [http://www.iau-idf.fr/fileadmin/Etudes/etude\\_319/nr\\_443\\_fecondite\\_soutenue\\_en\\_idf.pdf](http://www.iau-idf.fr/fileadmin/Etudes/etude_319/nr_443_fecondite_soutenue_en_idf.pdf)
52. JEANDET-MENGUAL E., Décembre 2002, « Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ». Paris ; Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 83p. [Visité le 28/04/2010]. Disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000125/index.shtml>
53. Ministère de la santé et des sports, Octobre 2004, actualisé septembre 2008, « Contraception et interruption volontaire de grossesse ». [Visité le 29/04/2010]. Disponible sur internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr/l-ivg.html>
54. Mouvement français pour le planning familial de Seine-Saint-Denis, Septembre 2004. « Résultats de l'enquête 2004 sur les conditions d'accès à l'IVG dans tous les lieux agréés en Seine-Saint-Denis », 9p. [document non publié]
55. Mouvement Français pour le Planning Familial Seine Saint Denis, 2008, « Résultats de l'enquête sur les conditions d'accès à l'IVG en Seine Saint Denis », Rapport 2007 [document non publié]
56. NISAND I., Février 1999, « Rapport sur l'IVG en France en 1998 », Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 55p. [Visité le 28/04/2010] disponible sur Internet : <http://www.gyneweb.fr/sources/contraception/ivg.htm>
57. NISAND I., TOULEMON L., Décembre 2006, « Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures » Rapport du Haut Conseil de la Population et de la Famille, Paris, 26 p. [Visité le 28/04/2010] Disponible sur internet :

- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports/actualite/ivg.shtml>
58. ORS Ile de France, 2004, « La santé observée en Seine Saint Denis » Paris, 162p. [Visité le 28/04/2010] Disponible sur internet : <http://www.ors-idf.org>
  59. POLETTI B., 22 octobre 2008, « Rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur l'application de la loi n° 2001-558 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception », n°1206. [visité le 2/06/2010] Disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1206.asp> :
  60. ROSSIER C., TOULEMON L., PRIOUX F., 2009, « Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 », Paris, *Population-F*, Institut National d'Etudes Démographiques, 64 (3), pp 495-530 [Visité le 2/06/2010] Disponible sur Internet : [http://www.ined.fr/fichier/t\\_telechargement/23982/telechargement\\_fichier\\_fr\\_public/pdf1\\_ivg\\_pop3.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/23982/telechargement_fichier_fr_public/pdf1_ivg_pop3.pdf)
  61. UZAN M., 1998, « Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes », Université Paris XIII, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 82 p. [Visité le 12/06/2010] Disponible sur Internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/984001918/0000.pdf>
  62. VILAIN A., octobre 2005, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2003 », *Etudes et Résultats*, DREES, n°431, 8 p. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er431/er431.pdf>
  63. VILAIN A., septembre 2006, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2004 », *Etudes et Résultats*, DREES, n°522, 8 p. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er522/er522.pdf>
  64. VILAIN A., février 2008, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2005 », *Etudes et Résultats* n°624, DREES. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er624.pdf>
  65. VILAIN A., septembre 2008, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 », *Etudes et Résultats* n°659, DREES. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er659.pdf>
  66. VILAIN A., Décembre 2009, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2007 », *Etudes et Résultats* n°713, DREES, 6p. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er713.pdf>
  67. VILAIN A., Décembre 2009, « Les établissements et les professionnels réalisant des IVG », *Etudes et Résultats* n°712, DREES, 6p. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er712.pdf>

## 5.6 Sites Internet

68. Institut national d'études démographiques (INED) :

[http://www.ined.fr/fr/pop\\_chiffres/france/avortements\\_contraception/avortements/](http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/avortements_contraception/avortements/)

69. Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) :

[www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr)

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Grille d'inspection des établissements pratiquant des IVG

Annexe 2 : Bulletin d'IVG (BIG)

Annexe 3 : Tableau des différentes sources de données utilisées

Annexe 4 : Graphiques

Annexe 5 : Tableau de distribution des âges

Annexe 6 : Occupation des femmes en Ile de France et en Seine saint Denis

## Annexe 1 : Grille d'inspection des établissements pratiquant les IVG



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

### GRILLE D'INSPECTION DES ETABLISSEMENTS PRATIQUANT DES IVG

**Date de l'inspection :**

**Personnes ayant réalisé l'inspection (noms et fonctions) :**

#### **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**Nom de l'établissement de santé :**

**Adresse :**

**Numéro FINESS :**

**PERSONNES RENCONTREES (en précisant leurs noms et fonctions dans l'établissement) :**

**Partie 1 : Directeur de l'établissement ou son représentant :**

**Partie 2, 3 et 4 : Médecin responsable de l'activité d'IVG au sein de l'établissement de santé :**

- **établissement public :**
  - **chef de service :**
  - **responsable fonctionnel :**
  - **autre :**
  
- **établissement privé : responsable fonctionnel ou médecin(s) pratiquant les IVG**

**Autre :**

A) Préliminaires

**1/ Sortir la question Q04 de la SAE pour chaque établissement (dernière année disponible)<sup>18</sup>**

**2/ Identifier si, dans votre région, l'IVG fait partie des objectifs :**

Du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) (volet périnatalité) :

Oui                  Non

Si oui, joindre la partie du SROS :

Si non, motifs :

Du Plan régional de santé publique (PRSP)

---

<sup>18</sup> En 2007, seront disponibles les données 2005 finalisées et les données 2005 non finalisées  
Gérard BRULE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010

Si oui, joindre la partie du PRSP

Si non, motifs :

<b>GRILLE D'INSPECTION DES ETABLISSEMENTS PRATIQUANT DES IVG</b>
--

**1. Politique de l'établissement de santé en matière de prise en charge des IVG**

1.1 Inscription de l'activité d'IVG dans la politique de l'établissement

L'activité d'IVG fait-elle l'objet :

- d'un chapitre du projet de l'établissement ?

Oui                      Non

Commentaires :

- d'une mention dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) ?

Oui                      Non

*si oui, quel est l'objectif de la contractualisation et apprécier l'impact sur le bon fonctionnement du service :*

1.2 Conventions avec des médecins de ville pour la pratique de l'IVG médicamenteuse

L'établissement a-t-il signé une convention avec des médecins libéraux pour la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville ?

Oui                      Non

Si oui, combien ? :

Si non, pourquoi ?

### 1.3 Financement de l'activité d'IVG

1.3.1 L'établissement dispose-t-il d'une visibilité sur ses ressources et sur ses dépenses liées à l'activité d'IVG ?

Oui                      Non

1.3.2 Le mode de rémunération actuel de l'IVG est-il cohérent avec les coûts engagés par cette activité et ses différentes modalités (IVG médicamenteuse, instrumentale) ?

Oui                      Non

*Commentaires sur l'aspect financier :*

### 1.4 L'établissement et son environnement

1.4.1 L'établissement de santé fait-il partie d'un réseau de périnatalité ?

Oui                      Non

Si oui, l'activité d'IVG réalisée par l'établissement est-elle incluse dans la problématique du réseau ?

Oui                      Non

1.4.2 Une coordination est-elle organisée pour la pratique des IVG  
(plusieurs réponses possibles, cocher la case)

	OUI	NON
Avec d'autres établissements de santé		
Avec la permanence téléphonique régionale		
Avec des associations		

Si ces coordinations sont formalisées, les décrire :

1.4.3 L'établissement participe-t-il à une réflexion menée au niveau régional sur une meilleure prise en charge des IVG ?

Oui                  Non

Si, oui selon quelles modalités

1.5 Avis du directeur d'établissement sur la politique de l'établissement en matière de prise en charge des IVG

1.5.1 Difficultés rencontrées pour la prise en charge des IVG au sein de l'établissement

Au regard notamment des 2 critères suivants :

- Réponse aux besoins (accès, capacités, organisation)
- Financement

1.5.2 Axes d'amélioration envisagés par le responsable de l'établissement

## GRILLE D'INSPECTION DES ETABLISSEMENTS PRATIQUANT DES IVG

### 2. L'Organisation de l'accès à l'activité d'IVG au sein de l'établissement<sup>i</sup>

#### 2.1 Signalétique de l'activité d'IVG au sein de l'établissement

Indication ou fléchage de l'activité d'IVG<sup>ii</sup> au sein de l'établissement

*(Plusieurs réponses possibles)*

	Oui	Non
A l'entrée de l'établissement		
A l'intérieur de l'établissement		
Dans le livret d'accueil de l'établissement		

#### 2.2 Description du fonctionnement de l'établissement

##### 2.2.1 La pratique des IVG est-elle ?

	Oui	Non
Intégrée à une structure de gynécologie-obstétrique		
Intégrée à une structure de chirurgie		
<i>Une structure autonome rattachée au directeur</i>		
<i>Autre (décrire) :</i>		

*Dans les 2 premiers cas, lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, préciser si l'activité est constituée en une unité fonctionnelle (UF)*

Oui                  Non

##### 2.2.2 Les activités suivantes sont-elles incluses dans l'établissement de santé

	Oui	Non
conseil conjugal oui/non		
dépistage des MST		
<i>autre (préciser)</i>		

2.2.3 L'établissement dispose-t-il au jour de l'inspection de lits et/ou places dédiés à la prise en charge des femmes accueillies pour une IVG ?

Oui                  Non

- **Si oui, combien :**

Lits :

Places :

- **Si non, les femmes sont-elles prises en charge :**

*(Plusieurs réponses possibles par ordre de fréquence décroissante)*

	Oui	Non
Dans des lits ou des places du service de gynécologie obstétrique		
Dans des lits ou des places du service de chirurgie		
Dans des lits ou des places libres de l'établissement (préciser lesquels) : ....		
<i>Autre (préciser) :</i>		

## 2.3 Modalités d'accès et d'accueil pour la pratique des IVG

2.3.1 Le standard de l'établissement est-il en capacité d'orienter les appels téléphoniques des femmes vers le service compétent ou le praticien pratiquant les IVG ?

Oui            Non

2.3.2 L'établissement structure dispose-t-il d'une ligne téléphonique directe et spécifique à la pratique des IVG <sup>19</sup>?

Oui            Non

2.3.3 Si oui, cette ligne est-elle utilisée pour délivrer un message informatif aux heures de fermeture ?

Oui            Non

2.3.4 Nombre de demi-journées d'ouverture par semaine pour l'activité d'IVG (pour les établissements de santé privés, décrire les modalités d'accueil dans la semaine)

*Commentaires :*

2.3.5 Existe-t-il un secrétariat en propre sur la pratique des IVG au sein de l'établissement en mesure d'apporter les réponses aux demandes des femmes ?

Oui            Non

- En matière d'information des femmes sur les prises en charge possibles et les démarches :

Oui            Non

---

<sup>19</sup> recommandation HAS

- En matière d'orientation des femmes :

Oui                      Non

Commentaires :

2.3.6 Quel est le délai de RDV pour une première consultation médicale ?

*(recommandations HAS = 5 jours maximum)*

- A la date de l'inspection :                      jours
  
- En période estivale :                      jours

2.3.7 Comment est évaluée l'urgence d'un RDV (notamment accès des mineurs et des femmes dont le terme de la grossesse est proche de 14 semaines d'aménorrhée) ?

2.3.8 L'établissement se trouve-t-il confronté à une impossibilité de répondre à certaines demandes de prise en charge ?

Oui                      Non

Si oui :

Parfois (de temps en temps ou à certaines périodes de l'année seulement)

Souvent

Si oui, pour quels motifs (hors période estivale) :

	Oui	Non
Surcharge d'activité		
Personnel absent		
Demande de prise en charge trop tardive		
Autres		

2.3.9 Comment l'établissement facilite-t-il l'orientation des femmes souhaitant accéder à une IVG ?

- *par une prise de contact direct avec un lieu de prise en charge (établissement de santé, médecin de ville)*

Oui            Non

- par la délivrance d'indications à l'intéressée portant sur :

	Oui	Non
Une liste d'établissements,		
Le numéro de la permanence téléphonique régionale		
Le nom des médecins de ville conventionnés avec l'établissement de santé		
Les coordonnées d'une association		

- autres :

Commentaires :

## 2.3.10 Fonctionnement en période estivale

Quels sont les problèmes rencontrés en été ?  
(plusieurs réponses possibles)

	Oui	Non
non remplacement des médecins en congés		
non remplacement du personnel soignant en congés		
augmentation du nombre de demandes d'IVG		
autres (préciser) :		

Quelle solution adopte alors l'établissement ?

(Plusieurs réponses possibles)

	Oui	Non
capacité d'accueil moindre		
Fermeture du centre		
Délais plus longs pour les RDV		
Renvoi sur d'autres centres		
Surcharge du personnel du service		
Modification de la prise en charge (préciser) :		
Autres (préciser)		

Commentaires et propositions :

Le planning des mois d'été de l'établissement pour la pratique de l'IVG est il diffusé ?

Oui                  Non

Si oui :

	Oui	Non
à la permanence téléphonique régionale d'information		
à d'autres établissements de santé		
à la DRASS		
à l'ARH		

## 2.4 Personnel

2.4.1 Y a-t-il un responsable fonctionnel spécifique à l'activité d'IVG au sein de l'établissement?

Oui                  Non

2.4.2 Un projet de service incluant la pratique de l'IVG est-il formalisé?

Oui                  Non

2.4.3 Personnel participant à l'activité IVG (1/2 journée = 0,1 ETP)

	Total ETP consacré à l'IVG	Nombre de personnes
Gynécologue-Obstétricien		
Médecin généraliste		
Anesthésiste		
Sage-femme		
Infirmier (dont cadre)		
Assistante sociale		
Conseillère conjugale		
Secrétaire médicale		
Autre		

2.4.4 Formation du personnel

- L'ensemble du personnel, y compris le secrétariat, a-t-il bénéficié de formations spécifiques à l'IVG?

Oui                  Non                  Certains seulement

- L'établissement de santé assure-t-il des formations à l'attention des médecins libéraux pour la pratique des IVG médicamenteuses en ville ?

Oui                  Non

Sinon, décrivez les difficultés rencontrées et les propositions

## GRILLE D'INSPECTION DES SERVICES PRATIQUANT DES IVG

### 3 L'organisation de l'activité d'IVG au sein de l'établissement

#### 3.1 Les consultations et examens préalables à l'IVG

3.1.1 Quelle est la part des consultations médicales préalables réalisées en dehors de l'établissement qui pratique les IVG ?

La 1<sup>è</sup> :            %

La 2<sup>è</sup> :            %

3.1.2 Y a-t-il réalisation au sein de l'établissement d'une échographie pour dater la grossesse ?

systématique

parfois

non

3.1.3 Les examens sanguins recommandés sont-ils réalisés au sein de l'établissement de santé ?

systématique

parfois

Non

#### 3.2 L'entretien psycho-social

3.2.1 Les femmes peuvent-elles avoir accès à un entretien psycho-social au sein de l'établissement ?

Oui

Non

3.2.2 Y a-t-il un accompagnement social spécifique pour les femmes en situation de précarité ?

Oui

Non

Si oui, préciser lequel :

3.2.3 Y a-t-il un centre de planification au sein de l'établissement de santé ?

Oui                      Non

Si non : y-a t-il une convention avec un centre de planification ?

Oui                      Non

3.3 Prise en charge des mineures

Les mineures sans consentement parental accompagnées par un adulte sont-elles prises en charge ?

Oui                      Non

*Si non, commenter :*

3.4 Prise en charge des femmes présentant une grossesse de 12-14 semaines d'aménorrhée

Etes-vous en mesure de pratiquer les IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée ?

Oui                      Non

Commentaire : .....

Y a-t-il une organisation spécifique pour la prise en charge des femmes présentant une grossesse de 12-14 semaines (RDV, accès au plateau technique, personnel) ?

Oui                      Non

Si oui, est-elle formalisée ?

Oui                      Non

Préciser l'organisation spécifique :

Commentaires :

### 3.5 La pratique de l'IVG

3.5.1 Le médecin qui pratique l'IVG est-il celui qui a reçu la femme en consultation ?

Oui, presque toujours

Oui, souvent

Non

3.5.2 Les deux techniques de l'IVG instrumentale et de l'IVG médicamenteuse sont-elles disponibles<sup>20</sup> au sein de l'établissement ?

Oui

Non

Si non, quelles sont les contraintes rencontrées pour développer les deux modes ?

3.5.3 Pour les IVG médicamenteuses, pratiquez-vous une surveillance de plusieurs heures de la patiente après la prise du misoprostol ?

Systématiquement

parfois

jamais

Commentaires :

3.5.4 Si oui, dans quelles conditions ?

---

<sup>20</sup> Se référer aux données SAE disponibles

Dans des lits d'hospitalisation de jour

Dans une salle d'attente

Autre (préciser)

3.5.5 Pour les IVG instrumentales, plusieurs types d'anesthésie sont-ils pratiqués au sein de la structure <sup>21</sup>?

Oui

Non

Si non, quelles sont les contraintes rencontrées pour développer les différentes techniques d'anesthésie ?

3.5.6 Le service a-t-il un protocole spécifique sur la prise en charge de la douleur durant et après l'IVG ?

Oui

Non

3.5.7 Des plages horaires sont-elles réservées dans le planning d'utilisation du bloc opératoire pour la pratique des IVG ?

Oui

Non

Si non, commenter :

---

<sup>21</sup> Se référer aux données SAE disponibles

#### **4 Avis du responsable fonctionnel de l'activité d'IVG sur l'organisation de la prise en charge dans l'établissement**

4.1 Diriez-vous que l'activité d'IVG est :

Totalement intégrée à l'activité médicale du service/du praticien

Considérée comme une activité spécifique du service/du praticien

Considérée comme une activité distincte de celle du service

Autre (préciser)

4.2 Pensez-vous qu'il serait préférable d'organiser la prise en charge des IVG de 12 à 14 semaines dans le cadre d'une graduation des soins ?

Oui

Non

Commentaire : .....

4.3 Quel est l'impact de l'IVG médicamenteuse pratiquée par des médecins de ville ?

Sur l'activité de l'établissement/service ?

Oui

Non

Si oui, préciser

Sur l'organisation de la prise en charge au sein de l'établissement/du service ?

Oui                      Non

Si oui, préciser

Commentaires :

4.4 Quelles difficultés majeures identifieriez-vous pour la pratique des IVG au sein de l'établissement ?

La clause de conscience prévue par l'article L.2212-8 du code de la santé publique a-t-elle un impact sur l'organisation du service ?

Oui                      Non

Si oui, préciser

4.5 Quels axes sont envisagés pour l'amélioration de la prise en charge des IVG au sein de l'établissement ?

4.6 Quels obstacles à ces propositions ?

## 5. Avis des personnes ayant réalisé l'inspection

5.1 Au regard de l'organisation décrite, quel avis portez-vous sur l'organisation de l'accès et de la prise en charge à l'IVG dans cette structure ?

Paramètres proposés :

- Conditions d'accès
  
- Fonction accueil et secrétariat
  
- Techniques proposées
  
- Prise en compte du choix des femmes
  
- Soutien psychologique des femmes

5.2 Quel est votre avis relatif à l'impact de la mise en place de l'IVG médicamenteuse en ville sur la pratique des IVG dans cet établissement?

Annexe 2 : Bulletin IVG



**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**  
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

**BULLETIN STATISTIQUE  
D'INTERRUPTION VOLONTAIRE  
DE GROSSESSE**

Annex 2272 01 de code de la santé publique  
et de l'article 0 de la convention type prévue à  
l'article 0271-0 du même code.

A remplir obligatoirement par le médecin ou praticien exerçant volontairement de grossesse, à partir de son seul avis.

Cachet de l'établissement

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

**A. DONNÉES RELATIVES AU LIEU DE L'ACTE MÉDICAL**

Département :   Lieu de l'acte médical :  Statut de l'établissement :

Clinique - 012,  Hôpital ou clinique - 013,  Cabinet de gynécologue - 014,  Poste à l'hôpital - 015,

Cabinet de gynécologue isolé - 016,  Poste à l'hôpital - 017,

**B. DONNÉES RELATIVES À LA FEMME**

Age à la date de l'acte :

Département au lieu de naissance :

Département au lieu de domicile :

Activité professionnelle :

Cachet ou case :

Occupation :

Actuellement en chômage :

Femme au foyer :

Étudiante ou élève :

Autre :

**C. DONNÉES MÉDICALES**

Date de l'acte médical :

Date du début des dernières règles :

Durée du gestation en semaines :

C'est à l'issue d'une interruption médicale de grossesse ?  Oui  Non

Techniques employées :

Chirurgie avec anesthésie locale :

Chirurgie avec anesthésie générale :

Médicament :

Nombre de tentatives antérieures :

Nombre d'IVG antérieures :

Cachet et Signature de médecin

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

Ces nouveaux bulletins doivent être utilisés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008

Il est interdit d'effectuer toutes les interventions ayant lieu dans un établissement de santé sans auparavant avoir effectué un cabinet de suite par un médecin conventionné avec un établissement de santé.

En permettant de mieux connaître les dates de gestation, les situations professionnelles, les lieux de résidences des femmes, ... afin de répondre aux besoins d'informations statistiques de la santé publique.

Vous pouvez demander des explications supplémentaires à votre Datas, mais l'identité de la femme ou des professionnels doit être gardée confidentielle excepté les problèmes liés de la santé des données.

La qualité des résultats dépend de la fiabilité de l'exactitude et de la bonne complétude des bulletins. Aussi est-il nécessaire de remplir soigneusement chaque rubrique, en écrivant chaque chiffre le plus soigneusement possible à l'encre et dans des cases délimitant les zones à remplir.

**Classement des bulletins**

Ces bulletins, une fois remplis, doivent être transmis par le médecin exerçant pratiquant l'IVG à l'établissement de santé avec lequel il a passé une convention ou au sein duquel il a pratiqué l'intervention.

La validité y appose sa signature et son cachet.

L'établissement de santé doit les transmettre à l'établissement de santé UMSA 50 pour validation, l'établissement y appose son cachet.

Les données sont ensuite mises par un service spécialisé en vue de leur exploitation statistiques.

SELON LA LOI DU 9 JANVIER 2004 RELATIVE À L'INFORMATIQUE, AUX LIBERTÉS ET AUX DROITS DES PERSONNES DOIVENT ÊTRE FURNIES CES INFORMATIONS QUI SUIVENT :

Les informations peuvent être traitées à l'usage d'un traitement automatisé aux fins de statistiques. Le responsable de données est le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques au sein du chef de la santé. Les destinataires sont l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et l'Institut national d'études démographiques. Ces données à la date 1<sup>er</sup> janvier 2008, la personne dont les informations sont produites par le présent bulletin bénéficie d'un droit d'accès et de rectification. Elle peut exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, en l'adressant :

Médecin chargé de la santé  
 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
 Bureau 044 de santé de la population  
 14 avenue Daumesnil  
 75016 Paris 16<sup>ème</sup>

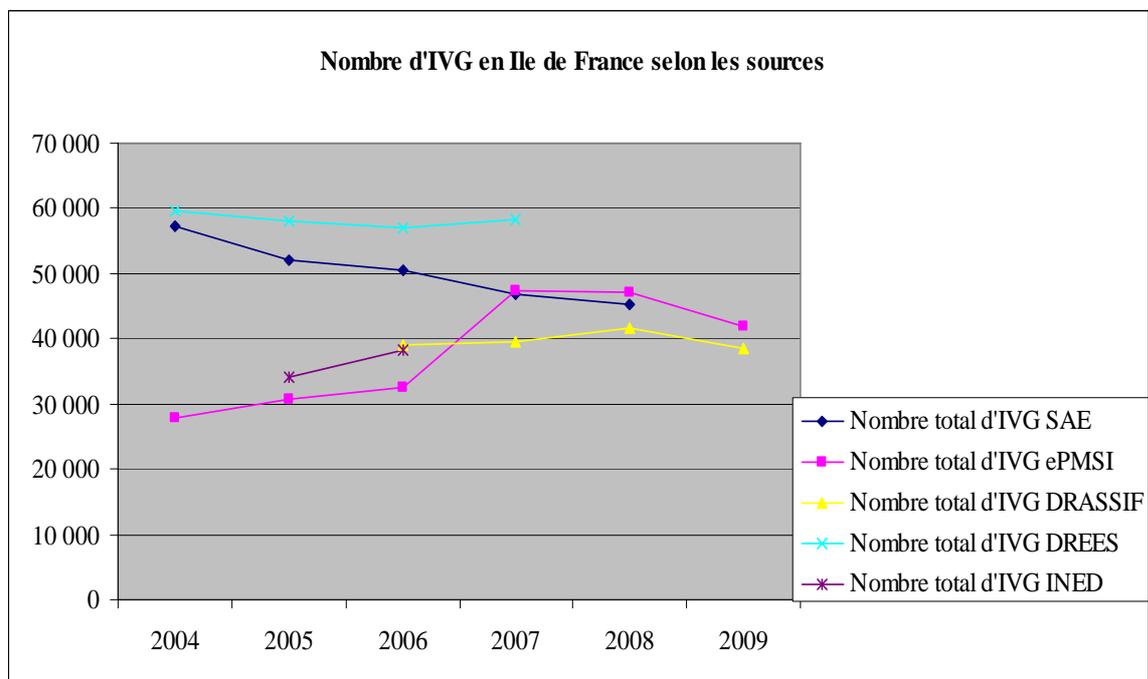
## Annexe 3 : Tableau résumant les sources de données utilisées

Tableau 1 : Sources des données et moyens utilisés pour les exploiter

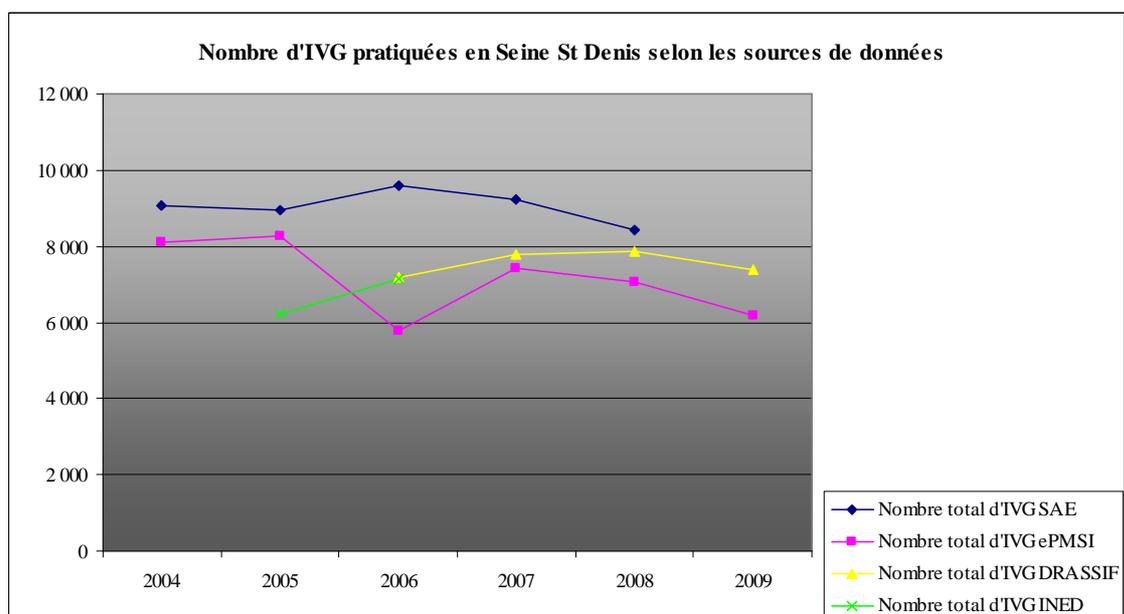
<b>Acteurs</b>	<b>Sources d'information utilisées</b>	<b>Où les trouver</b>
<b>Etablissements de santé publics</b>	SAE, PMSI, Bulletins IVG	Sites Internet SAE et PMSI, DRASS/ARS
<b>Etablissements de santé privés</b>	SAE, PMSI, Bulletins IVG	Sites Internet SAE et PMSI, DRASS/ARS
<b>Médecins de ville</b>	SAE (en partie), CNAMTS, Bulletins IVG, CG 93	Site Internet SAE, requête CPAM 93, Conseil Général du 93, DRASS/ARS
<b>Centres médico-sociaux</b>	CG 93, CNAMTS, Bulletins IVG, REVHO	Conseil général, requête CPAM 93, Site Internet REVHO, DRASS/ARS
<b>Général (données nationales)</b>	DREES, INED	Sites Internet DREES

## Annexe 4 : Graphiques

### 1- Nombre d'IVG selon les sources de données en Ile de France :



et en Seine Saint Denis :

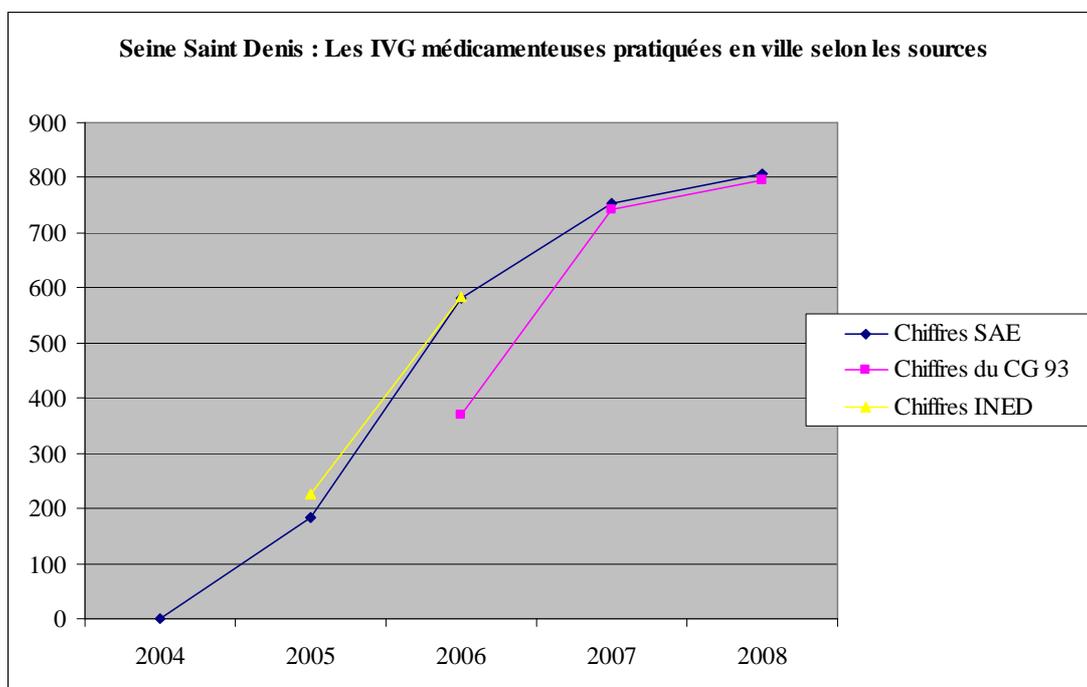


A noter sur ces graphiques :

- l'INED utilise les bulletins IVG de la DRASSIF pour établir ses données statistiques, ce qui explique la continuité des deux courbes.

- La courbe du nombre d'IVG en Ile de France tracée à partir des données du ePMSI ne tient pas compte des données des établissements privés dans les années 2004, 2005 et 2006, ce qui explique la cassure. Pour ce qui est des IVG pratiquées en Seine St Denis, j'ai corrigé ces données en reprenant un par un les chiffres de chaque établissement privé dans le ePMSI, tâche que je n'ai pas pu effectuer pour tous les établissements privés de la région.
- Les études de la DREES ne prenant que les informations globales, il n'est pas possible de représenter les seules données du département, ce qui explique qu'elles n'apparaissent pas sur le deuxième graphique.
- Le creux constaté sur la courbe du PMSI en 2006 est peut être lié à une modification du système de présentation des résultats effectué cette année là.

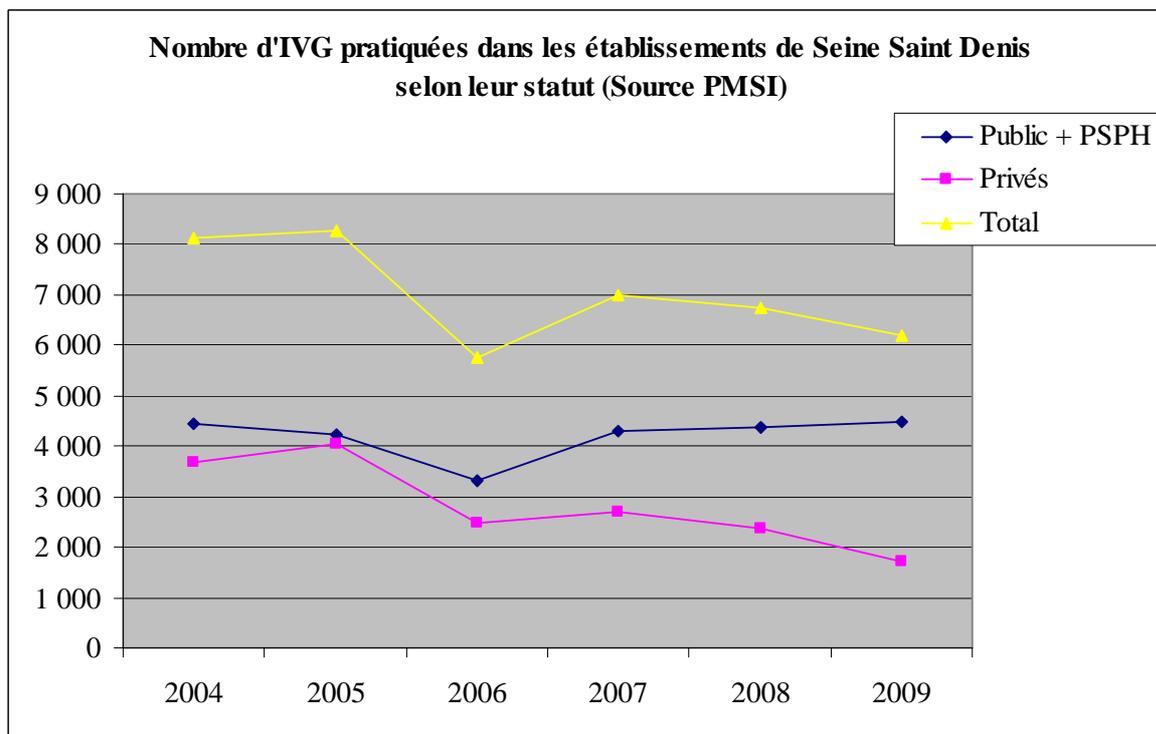
## 2- La croissance du nombre d'IVG médicamenteuses en Seine Saint Denis de 2004 à 2008



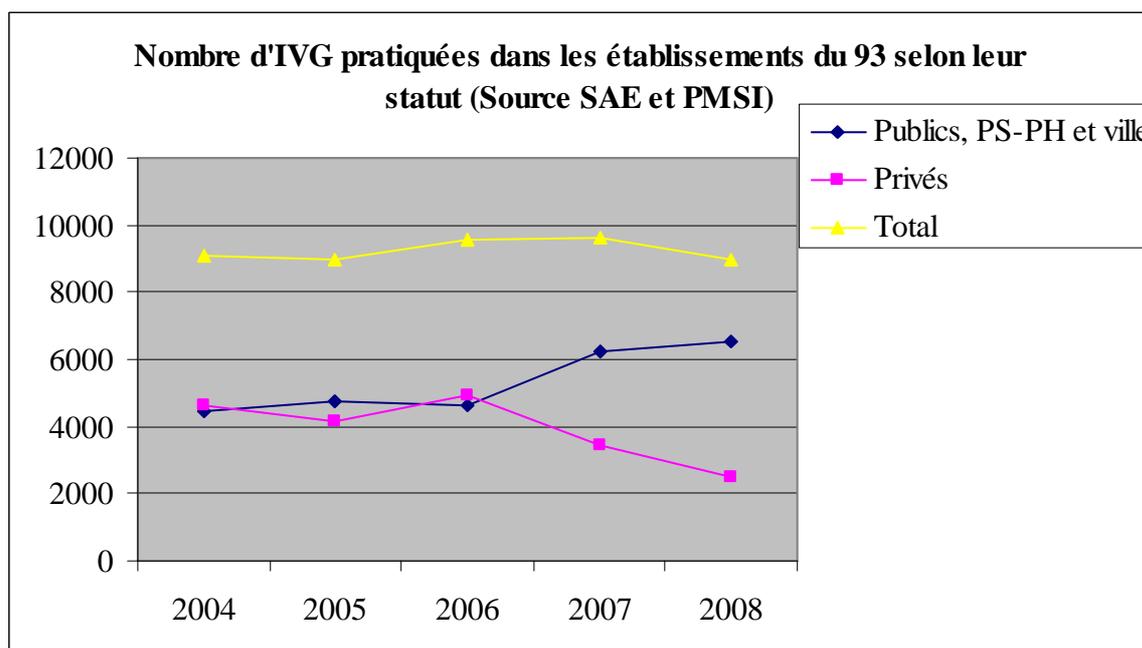
NB : La DRASSIF n'a pas enregistré la technique d'IVG employée à partir des BIG.

### 3- Répartition des IVG selon le statut des établissements

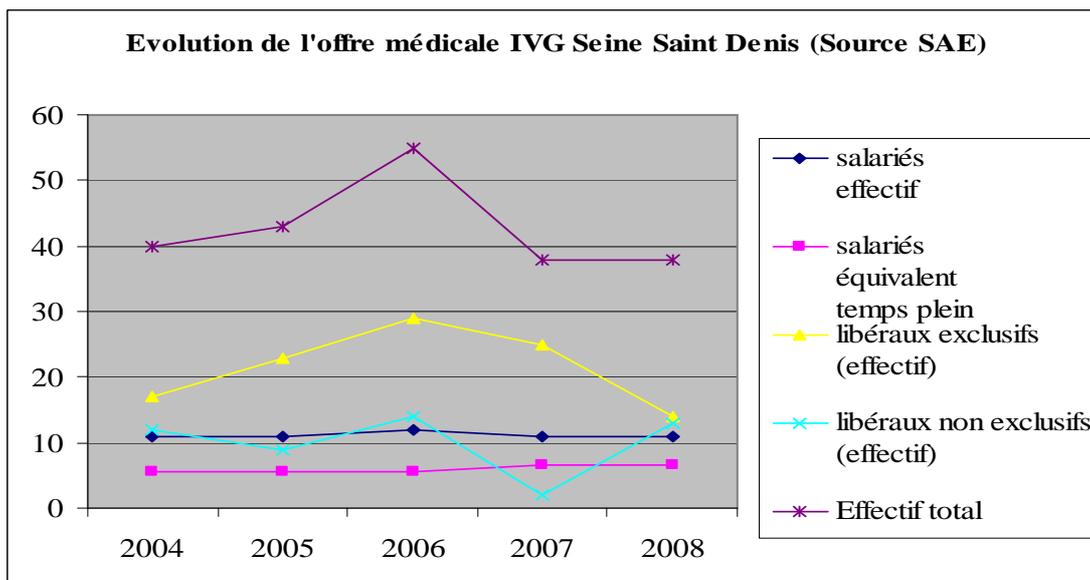
Le recul des établissements privés sur le plan des IVG est marqué mais n'est pas complètement compensé par l'activité des établissements publics.



Particularité du PMSI : Les deux établissements APHP du département n'apparaissent jamais dans les tableaux. Si l'on corrige les chiffres du PMSI en leur ajoutant les données manquantes à partir du SAE, on obtient une courbe différente mais qui montre une stabilité du nombre total des IVG pratiquées en établissements mais qui souligne le recul des privés avec une compensation par les établissements publics et les activités de ville.

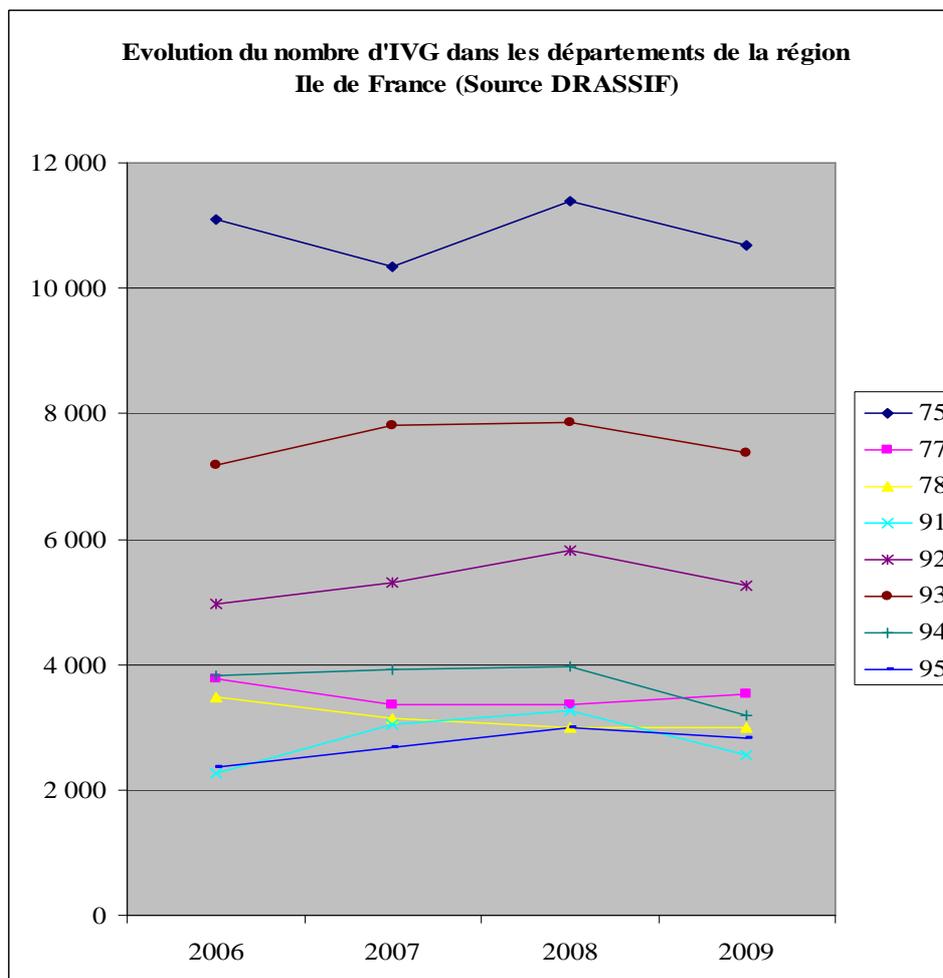


#### 4- L'offre médicale en Seine Saint Denis d'après les données SAE :

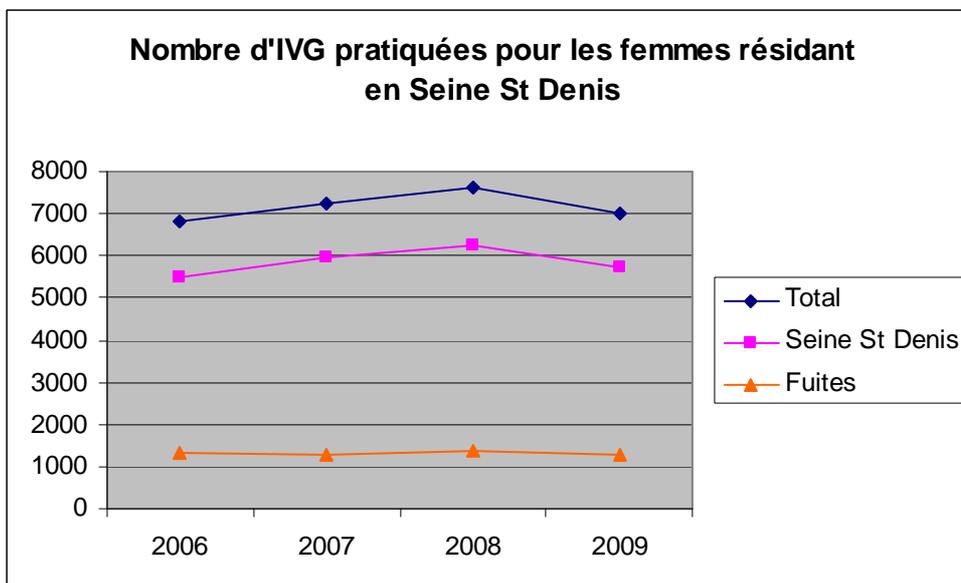


#### 5- Appréciation des fuites vers les départements limitrophes

Le graphique suivant compare le nombre d'IVG pratiquées dans les huit départements d'Ile de France. Il n'apparaît pas, sur les quatre années, d'augmentation du nombre d'IVG pratiquées dans les départements limitrophes du 93, c'est à dire le 75, le 77 et le 95.

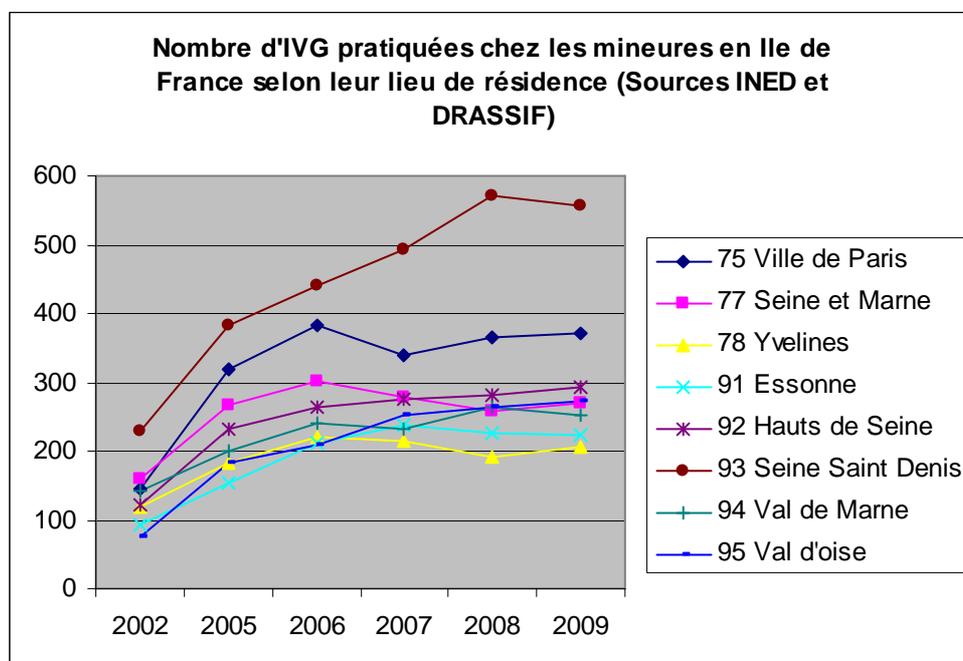


Le graphique suivant compare le nombre d'IVG pratiquées en Ile de France et en Seine Saint Denis de 2006 à 2009 pour les femmes résidant dans le 93 ; on voit que les profils de courbes sont très comparables et que le taux de fuite n'augmente pas.



Source : BIG DRASSIF

Illustration de l'augmentation du nombre d'IVG pratiquées chez les femmes mineures en Ile de France selon leur lieu de résidence : Le 93 vient nettement en tête :



## Annexe 5 : Distribution des âges

Tableau 2 : Augmentation significative du nombre d'IVG pratiquées sur les mineures et aussi sur les 18 – 19 ans en Ile de France.

## Ile de France

Sources INED, DRASSIF

	12-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	>=50 ans
<b>2002</b>	1085	2116	7927	6881	5496	3602	1597	156	22
<b>2005</b>	1924	2686	8972	7383	5775	3817	1577	175	15
<b>2006</b>	2269	3099	9978	8687	6449	4398	1943	203	12
<b>2007</b>	2322	3472	10526	9267	6796	4668	2004	206	4
<b>2008</b>	2419	3647	11062	9659	7337	5118	2097	208	5
<b>2009</b>	2443	3382	10416	8706	6453	4593	1985	222	7

<b>2002</b>	3,8%	7,3%	27,4%	23,8%	19,0%	12,5%	5,5%	0,5%	0,1%
<b>2005</b>	6,0%	8,3%	27,8%	22,8%	17,9%	11,8%	4,9%	0,5%	0,0%
<b>2006</b>	6,1%	8,4%	26,9%	23,5%	17,4%	11,9%	5,2%	0,5%	0,0%
<b>2007</b>	5,9%	8,8%	26,8%	23,6%	17,3%	11,9%	5,1%	0,5%	0,0%
<b>2008</b>	5,8%	8,8%	26,6%	23,2%	17,7%	12,3%	5,0%	0,5%	0,0%
<b>2009</b>	6,4%	8,9%	27,3%	22,8%	16,9%	12,0%	5,2%	0,6%	0,0%

Mineures et 2002-2009, p&lt;0,000001

18 – 19 ans 2005-2009, p=0,0001

Tableau 3 : Augmentation significative du nombre d'IVG pratiquées sur les mineures et aussi sur les 18 – 19 ans en Seine saint Denis.

**Seine St Denis**

Sources INED, DRASSIF

	12-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	>=50 ans
<b>2002</b>	229	413	1475	1136	852	516	226	18	4
<b>2005</b>	383	498	1663	1283	870	580	191	27	2
<b>2006</b>	441	603	1977	1609	1076	675	268	24	3
<b>2007</b>	494	702	2071	1739	1137	725	320	31	0
<b>2008</b>	570	794	2181	1669	1258	831	272	23	2
<b>2009</b>	556	735	2118	1595	1016	697	270	26	0

<b>2002</b>	4,7%	8,5%	30,3%	23,3%	17,5%	10,6%	4,6%	0,4%	0,1%
<b>2005</b>	7,0%	9,1%	30,3%	23,3%	15,8%	10,6%	3,5%	0,5%	0,0%
<b>2006</b>	6,6%	9,0%	29,6%	24,1%	16,1%	10,1%	4,0%	0,4%	0,0%
<b>2007</b>	6,8%	9,7%	28,7%	24,1%	15,8%	10,0%	4,4%	0,4%	0,0%
<b>2008</b>	7,5%	10,4%	28,7%	22,0%	16,6%	10,9%	3,6%	0,3%	0,0%
<b>2009</b>	7,9%	10,5%	30,2%	22,7%	14,5%	9,9%	3,8%	0,4%	0,0%

Sources INED/DRASSIF

Mineures et 2002-2009, p<0,000001

18 – 19 ans 2005-2009, p=0,0138

## Annexe 6 : Occupation des femmes en Ile de France et en Seine saint Denis

Tableau 4 : Evolution de l'occupation des femmes ayant subi une IVG en Ile de France et en Seine Saint Denis

		2002	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Occupation Ile de France</b>	1, Occupe un emploi	55,3%	53,5%	54,5%	56,3%	58,3%	56,2%
	2, Actuellement au chômage	9,9%	11,3%	10,2%	9,4%	8,6%	9,7%
	3, Femme au foyer	13,1%	12,3%	11,9%	11,6%	11,0%	10,6%
	4, Etudiante ou élève	21,7%	23,0%	23,5%	22,7%	22,1%	23,5%
	<b>Total</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		2005 - 2009 p<0,000001					
		2002 - 2009 p<0,000001					
<b>Occupation Seine saint Denis</b>	1, Occupe un emploi	46,3%	44,8%	45,0%	47,8%	48,2%	46,5%
	2, Actuellement au chômage	12,1%	13,7%	12,3%	11,3%	11,2%	11,2%
	3, Femme au foyer	18,0%	17,1%	16,7%	17,1%	16,2%	16,2%
	4, Etudiante ou élève	23,6%	24,5%	26,0%	23,8%	24,4%	26,1%
	<b>Total</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		2005 - 2009 p=0,0047					
		2002 - 2009 p=0,00012					

Sources INED/DRASSIF