



EHESP

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion: **2008-2009**

Date du Jury: **Septembre 2009**

**PRÉPARATION À L'INSPECTION DES
ÉTABLISSEMENTS PRATIQUANT LES
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE
GROSSESSE EN BRETAGNE :
ÉTAT DES LIEUX**

Sionfon YÉO

Remerciements

Un grand merci aux Docteurs Alain LE VIGOUROUX et Manuel MUNOZ pour leurs précieux conseils non seulement sur la méthodologie mais, aussi sur la rédaction du mémoire.

Je tiens à remercier le directeur de la DRASS Bretagne pour m'avoir accueilli en stage durant cette formation.

Merci à mon maître de stage, Dr Véronique SABLONNIERE

Merci aux docteurs Olivier JOSEPH, Françoise MARQUIS, Michel MARQUIS. Vos qualités humaines et la simplicité de votre contact associée à votre dynamisme font que c'est un réel plaisir de se former à vos côtés.

Merci à l'inspecteur régional de PACA, Dr Hugues RIFF et au Dr Hélène LANSADE (DRASS PACA) qui m'ont permis d'accéder à cette formation. Vos qualités humaines et votre simplicité font de vous un idéal.

À mes enfants et à ma femme

Sommaire

Introduction	1
1 Contexte de l'interruption volontaire de grossesse.....	3
1.1 Contrôle des naissances.	3
1.2 Évolution réglementaire de la politique de l'interruption volontaire de grossesse	3
1.3 Situation actuelle.....	5
1.3.1 Contraception et évolution du nombre d'IVG	5
1.3.2 Recours à l'IVG	5
1.4 Facteurs favorisant le recours à l'IVG.....	6
1.5 Situation des IVG en Bretagne	7
2 Étude de l'offre de prise en charge des IVG en région Bretagne et démarche de préparation des inspections d'IVG	9
2.1 Méthodes	9
2.1.1 Déroulement de l'activité	9
2.1.2 Moyens utilisés.....	10
2.1.3 Recueil des données.....	10
2.2 Étude descriptive des données	11
2.2.1 Recours à l'IVG en Bretagne et en France	12
2.2.2 Évolution du nombre d'IVG en Bretagne	12
2.2.3 Recours à l'IVG par département en région Bretagne en 2007.....	13
2.2.4 Répartition des IVG selon l'âge des femmes et selon le stade de la grossesse..	14
2.2.5 Répartition des établissements selon le nombre d'IVG réalisées.....	15
2.2.6 Dispositif ambulatoire des IVG par voie médicamenteuse.....	16
2.2.7 Nombre de grossesses non prises en charge et le délai moyen de prise en charge en octobre	16
2.2.8 Profil sociodémographique des femmes ayant recours à l'IVG.	17
2.3 Démographie médicale et conventions	17
2.3.1 Conventions passées avec des médecins de ville.	17
2.3.2 Démographie médicale des praticiens d'IVG en Bretagne.....	17
2.4 Démarche de préparation des inspections d'IVG	19
2.4.1 Réunion préparatoire des inspections avec les acteurs.....	19

2.4.2	Discussion relative à l'état des lieux.....	19
2.4.3	Discussion relative à la présentation du processus d'inspection	21
2.4.4	Attentes des professionnels.	21
2.5	Analyse des résultats et de la démarche	22
2.5.1	Analyse des résultats.....	22
2.5.2	Limite de la démarche.....	23
2.6	Difficultés rencontrées au cours de ce travail	24
3	Préconisations	25
3.1	Mobiliser le secteur privé et les médecins de ville.....	25
3.2	Nécessité d'une instance de formation et de pilotage	25
3.3	Améliorer le système d'information	25
3.4	Mettre les professionnels en réseau et conforter l'animation régionale.....	26
3.5	Prévenir l'IVG par un accès facile à une contraception efficace et adaptée.....	26
	Conclusion.....	29
	Bibliographie.....	31
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et Évaluation en Santé
ANCIC :	l'Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception
BEPC :	Brevet d'Étude du Premier Cycle
CH :	Centre Hospitalier,
CHIC :	Centre Hospitalier intercommunal,
CHRU :	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire,
CPEF :	Centres de Planification et d'Éducation Familiale
DDASS :	Directions Départementales des Affaires Sanitaire et Sociales
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
HAS :	Haute Autorité de Santé
INED :	Institut National d'Études Démographiques
IRS :	Inspection Régionale de la Santé
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
MFPF :	Mouvement Français pour le Planning Familial
MISP :	Médecin Inspecteur de Santé Publique
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PMSI :	Programme Médicalisé des Systèmes Information
SAE :	Statistique Annuelle des Établissements
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Introduction

Le contrôle des naissances concerne, à un moment de la vie, l'ensemble de la population en âge de procréer. Outre le nombre d'enfants qu'une femme désire avoir, se pose la question du choix du « meilleur moment » pour elle ou le couple, d'avoir un enfant. Aussi, le contrôle des naissances est un droit fondamental consacré par la loi du 17 janvier 1975 dite loi « Veil¹ ». Celle-ci a introduit le droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Aujourd'hui, l'IVG suscite encore bien des débats car elle touche à l'éthique et les traditions profondes de la société dans son ensemble. L'IVG n'est pas une méthode contraceptive mais, le plus souvent, elle est l'aboutissement d'une contraception mal conduite.

Si la légalisation de l'IVG n'a pas entraîné une forte augmentation de leur nombre, en revanche, sa prévention par la diffusion large de la contraception médicalisée et efficace n'a pas permis une diminution significative du nombre d'IVG, en particulier chez les mineures. En effet, le taux d'IVG chez les adolescentes connaît une progression régulière depuis dix ans. La question de la pertinence de leur prévention est posée. Malgré l'existence de ce dispositif législatif, des difficultés d'accès à l'IVG sont relevées en France (NISAN I., 1999)². Le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) estime que 3000 à 5000 femmes sont contraintes chaque année d'aller à l'étranger où l'interruption de grossesse se pratique sans limitation de temps. Cela, en cas de « risque psychologique » pour la mère³.

Pour lever ces obstacles, la loi du 4 juillet 2001 a introduit des modifications visant à améliorer l'accès à l'IVG en portant le délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse et en assouplissant les conditions d'accès, pour les mineures⁴. Cette dernière autorise les médecins de ville à pratiquer l'IVG par voie médicamenteuse. Depuis 2001, les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et Évaluation en Santé (ANAES)⁵ concernent les différentes techniques d'IVG selon le terme de la grossesse, pour une meilleure prise en charge. La loi du 9 août 2004⁶ relative à la politique de santé publique préconise quant à elle, d'assurer l'accès à une contraception adaptée, et à l'IVG. Pour impulser la politique de prise en charge des IVG par voie médicamenteuse, le décret du 6

¹ Loi n°75-17, du 17 janvier 1975, relative à l'IVG (Journal Officiel, 18 janvier 1975, p.739)

² Nisan I. : l'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes ; février 1999,

³ MFPF : Accès à l'IVG 30 ans après - difficile pour le Planning Familial (site MFPF)

⁴ Loi n°2001-588, du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception (Journal Officiel 7 juillet 2001, p.10823)

⁵ ANAES: Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée Paris, ANAES ? mars 2001

⁶ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (Journal Officiel du 11 août 2004 p 14277,

mai 2009⁷ autorise le président du conseil général à passer une convention avec un centre de planification, un centre de santé ou un praticien. Malgré la mise en place de ce dispositif qui devrait faciliter l'accessibilité à l'IVG, les femmes se heurtent toujours à des difficultés d'accès notamment à des refus de prise en charge, à des délais importants, à l'invocation de la clause de conscience et à la diminution du nombre de centres dédiés à l'IVG⁸. Comme la France, certains pays d'Europe (Espagne, Italie) sont confrontés à des actions anti-IVG. Des difficultés d'accès à l'IVG liées à l'organisation du système de santé et aux inégalités existantes sur le territoire persistent (POLETTI B. 2008)⁹.

En région Bretagne, avec un taux de recours à l'IVG de 11,6 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2005¹⁰, se pose la question de l'organisation de la prise en charge des IVG et leur accessibilité. Le volet périnatalité du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) donne une priorité à l'éducation sexuelle et à la contraception dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées. Pour une meilleure prise en charge des IVG, le SROS préconise le rapprochement des centres d'IVG avec des unités de gynécologie obstétrique, l'amélioration de l'accessibilité au dispositif. Cela doit se faire par une diffusion large de l'information, la réduction du délai de primo-consultation et la diversification des modes de prise en charge en privilégiant le développement du «dispositif ambulatoire des IVG par voie médicamenteuse»¹¹.

Cependant, face à la persistance des difficultés d'accès à l'IVG relevées par les différents rapports, le ministère de la santé a demandé aux services déconcentrés de l'État d'inspecter les établissements de santé réalisant les IVG. Selon la commande du ministère, cette mission d'inspection doit constituer un moyen de sensibilisation et de mobilisation des équipes. L'inspection doit être un outil de réflexion permettant de mieux cerner les difficultés rencontrées et d'améliorer le fonctionnement. Elle constitue également un vecteur d'encouragement des différents acteurs d'une activité complexe. Cette commande s'est inscrite comme une aide opérationnelle à la mise en œuvre des SROS concernant la prise en charge des IVG.

Pour mener cette mission, Il est apparu important à l'Inspection Régionale de la Santé (IRS) Bretagne, de comprendre ce qui se fait en matière de pratiques des IVG dans la région en préalable aux inspections. En effet, il s'agissait de contribuer à l'élaboration d'un état des lieux des IVG en région Bretagne.

⁷ Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux IVG par voie médicamenteuse (Journal Officiel du 8 mai 2009 p7808)

⁸ MFPPF : Accès à l'IVG 30 ans après - difficile pour le Planning Familial

⁹ POLETTI B : Rapport d'information sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception ; pp13-22

¹⁰ BOITARD V : Les interruptions volontaires de grossesse en 2005 en Bretagne : l'info statistique N°10 Mars 2007

¹¹ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Bretagne 2006-2010 ; p352

1 Contexte de l'interruption volontaire de grossesse.

1.1 Contrôle des naissances.

En France, la limitation des naissances a débuté au 18^{ème} siècle avant l'avènement de la contraception médicale. Les méthodes contraceptives utilisées à cette époque étaient le retrait et l'abstinence. Elles ont conduit à une baisse de la fécondité moyenne de près de 5 enfants par femme au milieu du 18^{ème} siècle à 2,5 enfants au début du 20^{ème} siècle. L'efficacité de la méthode du retrait étant imparfaite et l'abstinence étant difficile à observer de manière permanente, cela conduisait à des grossesses non désirées. Celles-ci ont amené les femmes à revendiquer ouvertement le droit d'avoir « un enfant si je veux, quand je veux » slogan du MFPP à la fin des années 1970. Les freins à ce droit étaient liés à la loi de 1920 limitant l'accès à la contraception et réprimant l'IVG ainsi que la loi de 1967 dite loi Neuwirth légalisant la contraception sans autoriser la propagande anticonceptionnelle ni l'IVG.

La diffusion large de nouvelles méthodes contraceptives plus efficaces va connaître une accélération dans les années 1974 avec la loi Veil relative à la contraception. Ainsi, le taux de naissances programmées est passé de 59% en 1970 à 83% en 1995. Depuis les années 1980, ce taux évolue faiblement se maintenant entre 80 et 85%. 15 à 20% des naissances restent donc mal planifiées. En effet, toutes les méthodes contraceptives ont une fiabilité limitée. Même utilisées de façon optimale, elles connaissent un taux d'échec de 5 à 6%. L'IVG peut devenir l'ultime recours en cas de grossesse non désirée¹². Comment les femmes ont-elles obtenu la légalisation de l'IVG et la contraception en France ?

1.2 Évolution réglementaire de la politique de l'interruption volontaire de grossesse

En 1810, l'article 317 du code pénal condamne sans distinction : « Quiconque provoque l'avortement d'une femme enceinte avec ou sans son consentement au moyen d'aliments, drogues, de médicaments, par violence ou d'autres remèdes, est puni de prison ». En juillet 1920, est adoptée la loi qui « réprime la provocation d'un avortement et la propagande anticonceptionnelle ». Puis en 1923, adoption d'une loi qui correctionnalise l'interruption de grossesse. En 1942, le gouvernement adopte une loi qui fait de

¹² REGNIER A., LERIDON H : Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? Population et sociétés N°439, novembre 2007 pp 1-3

l'interruption de grossesse un crime contre la sûreté de l'état, donc passible de la peine de mort. Cette dernière sera abrogée à la libération.

La lutte pour la légalisation des moyens anticonceptionnels va s'intensifier avec la création en 1956 de « la maternité heureuse » qui deviendra en 1960 le Mouvement Français pour le Planning Familial.

D'autres mouvements vont être créés par les dirigeants du MFPPF par la suite.

Le 5 avril 1971, l'hebdomadaire « Le Nouvel Observateur » publie le manifeste des 343 femmes ayant avorté. Parmi elles, se trouvent des personnalités du spectacle, de la littérature et de la politique. Le 20 novembre de la même année, plus de 4000 femmes manifestent à Paris, pour le droit à l'interruption de grossesse.

Le procès de Bobigny en 1972 constitue l'une des étapes importantes de la lutte pour la légalisation de l'interruption de grossesse où l'avocate de la défense, Gisèle HALIMI, transforme le jugement en un procès politique et fait acquitter une jeune fille de 17 ans. Les suites de ce procès, notamment le battage médiatique qu'il a engendré, ont amené le vote du projet de loi de Simone VEIL le 28 juin 1974 qui libéralise totalement la contraception.

Le 17 janvier 1975, la loi Simone VEIL est promulguée suspendant partiellement l'article 317 du code pénal pour 5 ans et autorisant l'IVG. Cette loi prévoit que l'IVG soit pratiquée avant la fin de la 10^{ème} semaine d'aménorrhée, exclusivement dans les hôpitaux publics et les cliniques agréées et autorisées. Le 31 décembre 1979, le parlement adopte une nouvelle loi sur l'IVG confirmant celle de 1975. En 1982, l'IVG est remboursée par la sécurité sociale. En 1988, la mise sur le marché du RU484 permettant l'IVG par voie médicamenteuse est autorisée. La loi du 27 janvier 1993 portant sur plusieurs mesures d'ordre social, crée le délit d'entrave à l'IVG. Elle sanctionne toute entrave ou tentative d'entrave à l'IVG de 2 mois à 2 ans d'emprisonnement et une amende de 2000 à 30 000 francs. Elle dépénalise l'auto-avortement¹³.

Cependant, l'accessibilité à l'IVG reste toujours difficile pour les femmes. Ainsi, le premier rapport du professeur Israël NISAND en 1999 a pointé des difficultés d'accès à l'IVG telles que la réduction du délai légal de 7 à 8 semaines de grossesse combinée avec des délais de rendez-vous excessifs, le refus de certaines structures d'accueillir les femmes qui ont déjà pratiqué une IVG, les contraintes légales qui pèsent sur les patientes démunies (problème des étrangères qui sont exclues et les mineures), l'insuffisance de la

¹³ Le Nouvel Observateur Contraception et avortement, les grandes dates en France (NOUVELOBS.COM | 23.06.2008)

réponse du secteur public¹⁴.... Il propose plusieurs mesures permettant d'améliorer les conditions d'accès à l'IVG. Pour mettre en œuvre les propositions de ce rapport mais aussi, pour mettre la législation en conformité avec celle des pays européens limitrophes (Belgique, Pays-Bas, Grande-Bretagne...), la loi du 4 juillet 2001 a été adoptée¹⁵. En parallèle, la politique de la contraception a évolué très significativement passant par plusieurs étapes.

1.3 Situation actuelle

1.3.1 Contraception et évolution du nombre d'IVG

En dépit d'une diffusion large de la contraception médicale (pilule et stérilet) depuis la loi Veil de 1975, le recours à l'IVG est resté stable. Le taux oscille autour de 14 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. 40% des femmes y auront recours au cours de leur vie. Mais, cela ne signifie pas que la contraception n'a aucun effet sur le recours à l'IVG car, la liaison apparaît très complexe. Le recours à l'IVG est lié à la succession de plusieurs événements (échec ou absence d'utilisation de contraception...).

La diffusion de la contraception moderne a réduit le nombre de femmes exposées au risque de grossesse non prévue. En 1978, 52% des femmes exposées au risque de grossesse non prévue utilisaient une méthode contraceptive médicale (pilule ou stérilet) contre 82% aujourd'hui. Cela a conduit à une diminution du nombre de grossesses non prévues qui était de 46% vers les années 1975 à 33% aujourd'hui¹⁶. Si la contraception n'a pas entraîné une baisse des IVG, elle aurait permis une stabilité de leur nombre.

1.3.2 Recours à l'IVG

En France métropolitaine, le nombre d'IVG est évalué à 209 700 en 2006. Ces IVG sont réalisées majoritairement par le secteur public (74% en 2006 contre 67% en 2001 et 60% en 1990). On compte 43 établissements réalisant plus de 1000 IVG dans l'année 2006, soit 28% du total national. La part des IVG par voie médicamenteuse connaît une progression régulière (46% en 2006 contre 42% en 2004). La part des IVG réalisées par des médecins de ville représente 7% des IVG en 2006. En France métropolitaine, près de trois IVG sur quatre, concernent les femmes de la tranche d'âge de 18 à 35 ans. Si le recours à l'IVG a tendance à baisser chez les femmes de 30 à 34 ans, il continue d'augmenter chez les mineures. Ainsi, 13230 jeunes filles de 15 à 17 ans ont été

¹⁴ NISAND I: l'IVG en France: propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes ; février 1999, p 15

¹⁵ Loi n°2001-588, du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception (Journal Officiel 7 juillet 2001, p.10823)

¹⁶ BAJOS N., MOREAU C. et al : Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et sociétés Décembre 2004, p 2

concernées en 2006 contre 11500 en 2004. La même année, les hospitalisations de moins de 12 heures liée à l'IVG chirurgicale représentent 91% contre 66% en 1995 et la pratique de l'anesthésie générale concerne 67% des IVG chirurgicales contre 63,5% en 2002.

En France métropolitaine, les régions Corse, Languedoc-Roussillon, Provence Alpes Côte Azur et Île-de-France se caractérisent par des taux de recours à l'IVG supérieurs à 18 pour 1000 femmes contre la moyenne de 12,2 pour 1000 femmes pour l'ensemble des autres régions en 2006. Concernant le recours à l'IVG dans les départements d'outre-mer, le taux de recours à l'IVG est deux fois plus important qu'en métropole. Il est en moyenne de 28 IVG pour 1000 femmes en 2006. En Guadeloupe et en Guyane, les taux de recours sont très élevés et sont supérieurs à 36 IVG pour 1000 femmes. La Martinique et la Réunion ont des taux voisins de celui de la Corse (22,5 pour 1000 femmes). Chez les mineures de ces départements, il est également supérieur qu'en métropole, trois mineures sur 100 sont concernées par l'IVG¹⁷.

1.4 Facteurs favorisant le recours à l'IVG

La prévention des IVG apparaît peu efficace chez les jeunes. En effet, l'échec de la contraception est très fréquent chez les adolescents pour plusieurs raisons. Les adolescents ont une fertilité élevée. L'observation d'une absence totale de contraception est plus fréquente chez les adolescents (9,4% chez les jeunes contre 3,6% chez les adultes). L'une des raisons est le mauvais usage de la contraception marqué par une proportion d'échec du préservatif plus significativement élevée chez les adolescents que chez les adultes (17,8% contre 11,5%). L'insuffisance des actions d'information sur la sexualité en direction des adolescents, le coût de la contraception et la prescription médicale obligatoire constituent, des freins à une contraception efficace¹⁸.

L'étude de BAJOS N et al montre des contrastes sociaux très marqués à l'accessibilité des pilules de troisième génération non remboursées. Celles-ci sont faiblement utilisées par les ménages dont le revenu mensuel par personne est inférieur à 560 Euros (32%), les femmes qui n'ont pas de diplôme ou du Brevet d'Étude du Premier Cycle (BEPC) (22% contre 56% chez les diplômées de l'enseignement supérieur) et les ouvrières (17% vs 64% chez les femmes cadre)¹⁹.

¹⁷ VILAIN A: Études et résultats DREES: Les interruptions volontaires de grossesse en 2006; N°659 septembre 2008 pp1-4

¹⁸ NISAND I: Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures, 2006, pp 5-10

¹⁹ BAJOS N., OUSTRY. P et Al. : Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France ; pp 487-491

1.5 Situation des IVG en Bretagne

Avec un taux de recours de 11,6 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2005, la région Bretagne se place en position médiane au niveau des régions métropolitaines. Le taux de recours à l'IVG est de 18 interruptions de grossesse pour 100 conceptions contre 21% en France métropolitaine. Les femmes de 20 à 24 ans sont les plus concernées (22,5%). La part des mineures représente 7% des femmes ayant recours à l'IVG en 2005. Les IVG sont majoritairement pratiquées dans le secteur public. La part de ce secteur continue d'augmenter (86% en 2005 contre 75% en 1995). Aussi, la part des IVG médicamenteuses a fortement progressé (40% en 2005 contre 16% en 1995). Au niveau du profil sociodémographique des femmes ayant recours à l'IVG en 2005, 46% occupent un emploi, une femme sur cinq est soit élève, soit étudiante, 11% sont des femmes au foyer et 10% sont au chômage²⁰.

✓ Niveau d'information des jeunes sur la contraception et l'IVG en Bretagne

Les jeunes parlent de sexualité entre eux. Le copain reste l'interlocuteur privilégié pour évoquer les questions de sexualité (40%). Ils s'adressent au médecin en second lieu tandis que le père ou la mère est sollicité en troisième position (respectivement 25% et 23%). Le médecin se substitue progressivement aux parents dans le rôle de l'interlocuteur avec l'avancée en âge. En 2007, six jeunes sur dix se déclarent parfaitement informés sur les moyens de contraceptifs contre 51% en 2001.

Cependant, le niveau d'information sur la contraception est sans effet sur l'opinion des jeunes concernant l'IVG. Ils pensent que c'est un moyen comme les autres pour éviter d'avoir un enfant. Pour la plupart des jeunes (72%), cette dernière est un échec que la contraception et la prévention auraient pu éviter. La grande majorité des jeunes (95%) pensent qu'avoir une grossesse ou un enfant est une situation à éviter à leur âge.

Par ailleurs, trois jeunes sur quatre considèrent l'IVG comme un événement grave et traumatisant²¹.

²⁰ BOITARD V : Les interruptions volontaires de grossesse en 2005 en Bretagne : L'info statistique n°10 ; Mars 2007

²¹ L'observatoire régional santé Bretagne : La santé des jeunes scolarisés en Bretagne : Sexualité Décembre 2008, pp 3-5

2 Étude de l'offre de prise en charge des IVG en région Bretagne et démarche de préparation des inspections d'IVG

Ces inspections s'inscrivent dans un processus visant à mobiliser des professionnels de santé dans la prise en charge des IVG. Un état des lieux permet de mieux comprendre le dispositif et d'attirer l'attention du Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) sur les points à discuter lors des inspections des établissements concernés. Une démarche pourrait être entreprise en direction des établissements pour lesquels la réglementation prévoit la pratique de l'IVG et qui, de fait, n'en réalisent pas. Cela positionne le MISP à l'interface de l'application de la réglementation et de l'organisation de l'offre de prise en charge des IVG.

2.1 Méthodes

L'un des objectifs de la réalisation d'un état des lieux est d'identifier les forces et les faiblesses du dispositif de prise en charge des IVG afin de mettre en place une politique régionale pertinente en vue de faciliter l'intégration des acteurs de santé et d'améliorer la qualité de la prise en charge.

Suite à des échanges avec le MISP en charge du dossier et avec le Médecin inspecteur régional, maître de stage, il a été proposé de réaliser un état des lieux sur les pratiques des IVG en région Bretagne.

L'état des lieux doit permettre d'établir l'offre et les besoins de prise en charge des IVG sur le plan quantitatif et qualitatif. Il doit décrire la pratique et les actions de prévention des IVG. Cependant, compte tenu des contraintes de temps et de logistique, nous nous sommes limités à l'étude de la pratique des IVG dans les établissements de santé et dans le secteur ambulatoire.

2.1.1 Déroulement de l'activité

Lors des discussions avec le médecin inspecteur en charge du dossier d'IVG, il a été proposé de faire l'analyse des données disponibles. Ces données concernaient la démographie des médecins pratiquant les IVG en établissements et les conventions que les établissements ont passé avec des médecins de ville.

Devant le manque de données fiables, une enquête s'imposait auprès des établissements. Notre démarche a été confortée par une commande du ministère aux services déconcentrés de l'État. L'objet de cette commande était de recenser les conventions établies entre les établissements de santé et les médecins de ville dans le cadre de l'application de la loi du 4 juillet 2004. Nous avons saisi cette opportunité pour compléter ce travail avec un recensement des médecins pratiquant des IVG.

Il s'en est suivi l'organisation d'une réunion préparatoire de l'inspection des établissements réalisant les IVG avec des professionnels de santé.

2.1.2 Moyens utilisés

La lecture de rapports, d'articles trouvés sur Internet, de textes législatifs ainsi que des lettres d'info statistiques fournies par la DRASS m'ont permis de mieux appréhender ce dossier. Concernant l'état des lieux de la démographie des praticiens d'IVG et des conventions passées avec des médecins de ville, nous avons utilisé comme référentiel la grille d'enquête du ministère complétée par des éléments relatifs aux médecins pratiquant des IVG (annexe n°1).

La réalisation de cette activité n'a pas nécessité de déplacement géographique particulier. Dès mon arrivée en stage à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de Bretagne, un bureau, équipé d'un ordinateur connecté à l'intranet de la DRASS ainsi qu'un poste téléphonique ont été mis à ma disposition. Cet équipement m'a permis de faire la recherche documentaire au travers d'Internet et d'accéder ainsi aux données IVG de la Statistique Annuelle des Établissements (SAE).

2.1.3 Recueil des données

- **Données statistiques**

Trois sources différentes d'informations statistiques disponibles en DRASS ont été utiles à la réalisation de ce travail :

1- La SAE dont les données sont fournies par les établissements eux-mêmes (Bordereau Q04 sur le site du Ministère de la santé). Ces données comprennent le nombre total d'IVG, le nombre d'IVG selon la méthode (IVG chirurgicales, IVG médicamenteuses), le nombre d'IVG prises en charge entre la 11^{ème} et la 12^{ème} semaine de grossesse, les IVG réalisées par les médecins de ville, le délai moyen de prise en charge, le nombre de demandes non prises en charge, le nombre de professionnels pratiquant les IVG. Cette partie des professionnels est mal renseignée, ce qui limite son exploitation.

2- Le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) donne des informations issues des établissements de santé sur le nombre d'IVG, l'âge de la femme, le motif et les complications éventuelles associées. Mais, les données du PMSI sont difficiles à exploiter. Leur utilisation nécessite une bonne connaissance du PMSI ou l'aide d'un médecin Département d'Information Médicale (DIM). De plus, le PMSI ne distingue pas

les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical des IVG. Il ne prend pas aussi en compte les IVG réalisées par la médecine de ville²².

Nous avons sollicité le service statistique de la DRASS pour avoir ces données mais, celles-ci n'étaient pas disponibles. Ainsi, les données du PMSI n'ont été utilisées dans cette étude.

3- Les bulletins d'information d'IVG sont remplis par les praticiens eux mêmes. Ces bulletins ont été prévus par les lois sur les IVG de janvier 1975 et de décembre 1979. Ils constituent les données les plus fiables. Ils comportent plusieurs indicateurs très importants : le terme de la grossesse, l'âge de la femme, son profil sociodémographique, le nombre d'IVG et de naissances antérieures, le lieu d'habitation, la méthode (chirurgicale ou médicamenteuse) et la technique utilisée. Mais, les bulletins ne sont pas directement exploités en DRASS qui se charge simplement de leur collecte et de leur enregistrement, pour les envoyer ensuite à l'Institut National d'Études Démographiques (INED) qui les exploite. Cela entraîne l'absence en DRASS des données antérieures.

Compte tenu des difficultés exposées précédemment, le recueil des données statistiques a été réalisé sur les données de la SAE 2007 et les bulletins d'IVG 2008. Cette étape a été la plus longue et la plus difficile de cet exercice malgré l'aide de la responsable du service statistique de la DRASS. Il faut souligner que celles-ci proviennent de deux sources différentes et ne datant pas de la même année (SAE 2007 et bulletins IVG 2008), leur comparaison était peu pertinente.

- **Données de l'enquête relative à la démographie des praticiens et aux conventions.**

Ces données ont été recueillies à l'aide du questionnaire (Annexe n°1). Nous avons adressé le questionnaire par courriel aux 29 établissements réalisant les IVG. Un délai de 20 jours leur a été accordé pour nous le retourner rempli. Ce délai a expiré sans que la moitié des établissements ne réponde. L'intervention du MISP en charge du dossier auprès des établissements a permis d'avoir 19 d'établissements répondants, au bout d'environ un mois.

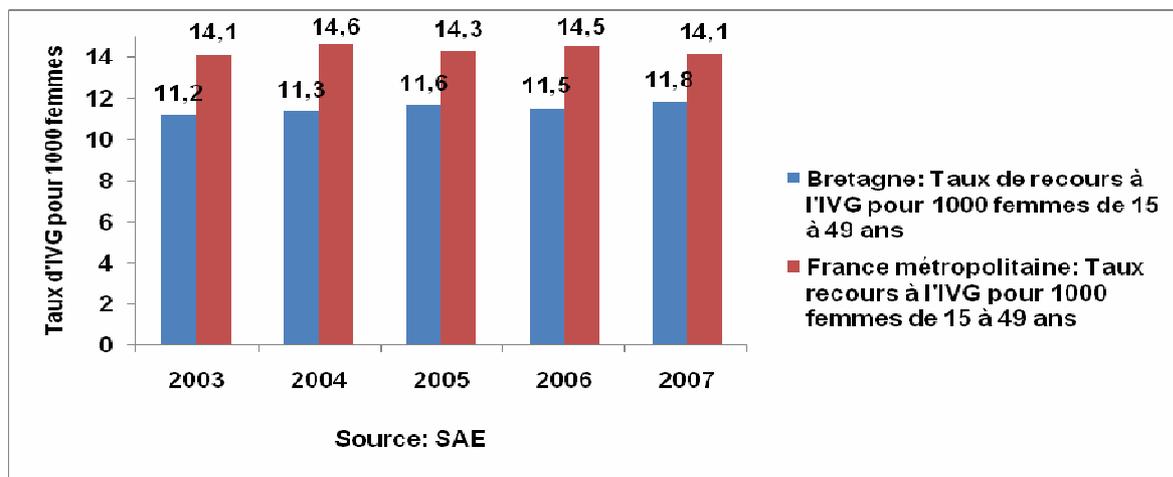
2.2 Étude descriptive des données

L'utilisation d'un test statistique au cours de cette étude, ne paraît pas nécessaire en raison du caractère déclaratif et exhaustif des enquêtes

²² VILAIN A : Études et résultats DREES : Les interruptions volontaires de grossesse en 2006; N°659 septembre 2008, p 3

2.2.1 Recours à l'IVG en Bretagne et en France

Figure n°1 : Taux de recours à l'IVG en Bretagne et en France

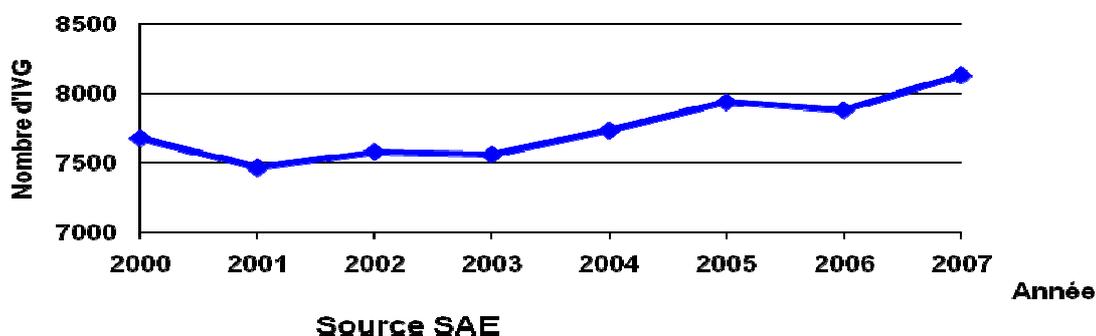


Le taux de recours pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en France métropolitaine est sensiblement stable au cours de ces dernières années (figure n°1). Cependant, si le taux de recours à l'IVG en région Bretagne reste inférieur à celui du niveau national, il a une tendance légère et régulière à augmenter (Figure n°1).

2.2.2 Évolution du nombre d'IVG en Bretagne

En 2007, 8130 IVG ont été pratiquées en Bretagne dans 29 établissements dont 20 structures de statut public et 9 établissements privés. Selon les données de la SAE, 88% des IVG sont réalisées dans le secteur public contre 70% au niveau national.

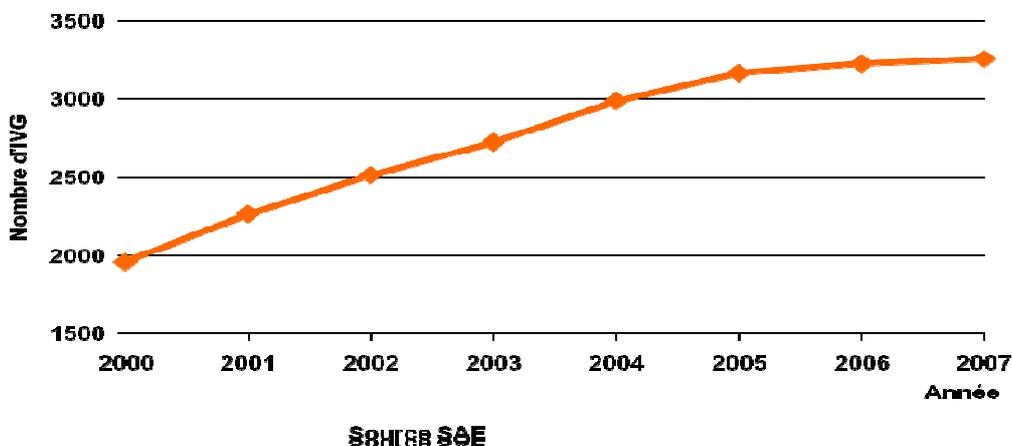
Figure n°2 : Évolution du nombre d'IVG en Bretagne



La figure n°2 ci-dessus montre que le nombre d'IVG continue d'augmenter en Bretagne. On observe, qu'après une légère baisse en 2001 et une faible variation entre 2001 et 2003, une forte progression à partir de 2003. Cette progression pose la question des

femmes exposées au risque de grossesse non prévue et celle de l'accès à une contraception adaptée et efficace.

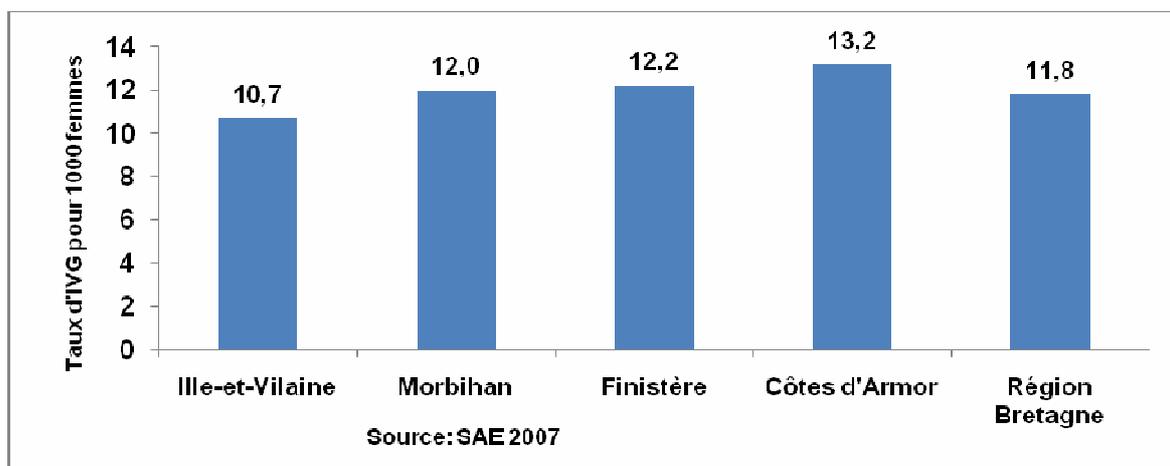
Figure n°3 : Évolution du nombre d'IVG médicamenteuses en Bretagne



Parallèlement à l'augmentation du nombre d'IVG, le nombre des IVG médicamenteuses a fortement progressé et a tendance à se stabiliser entre 2005 et 2007 (figure n°3). La part des IVG médicamenteuses oscille autour de 40% depuis 2005 contre 46% au niveau national. Quatre établissements se différencient par un taux de recours à l'IVG médicamenteuse inférieur à 20% de leur activité (Annexe n°3).

2.2.3 Recours à l'IVG par département en région Bretagne en 2007

Figure n°4 : Taux de recours à l'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans dans les départements de Bretagne.



Le taux de recours à l'IVG est de 11,8 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans au niveau régional en 2007. Le département d'Ille-et-Vilaine se caractérise par un taux de recours plus bas que les autres départements (figure n°4). Alors que celui des Côtes d'Armor se

distingue par un taux de recours le plus élevé. Les femmes auraient plus recours à l'IVG dans ce département que les autres en 2007.

On remarque qu'à l'exception du département d'Ille-et-Vilaine, le taux de recours à l'IVG dans les départements est supérieur au taux régional.

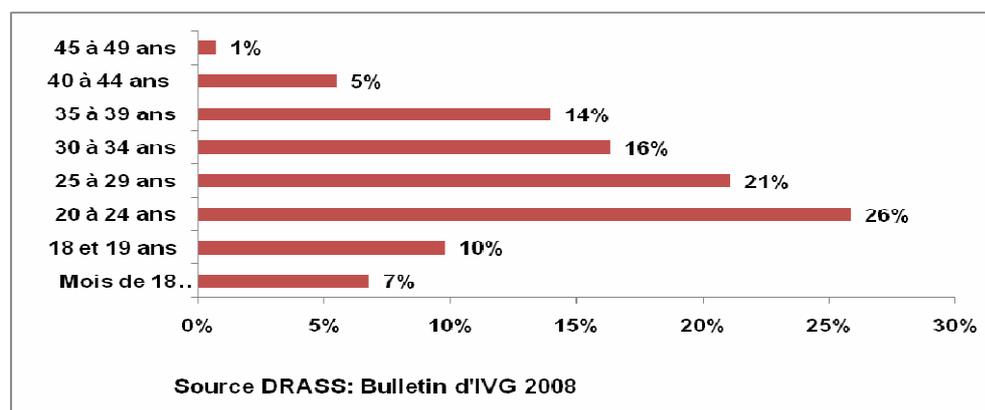
Selon les données de la SAE, le recours à l'IVG par voie chirurgicale a concerné 60% des IVG. Les hospitalisations de moins de 12 heures représentent 91% des IVG chirurgicales au niveau régional. Seuls 4 établissements ont moins de 90% des IVG instrumentales avec hospitalisation inférieure à 12 heures (Annexe n°2).

Le choix de la technique d'anesthésie (anesthésie générale ou locale) varie d'un établissement à un autre.

Le recours à l'anesthésie générale concerne 56% des IVG chirurgicales en 2007 contre 58% en 2005. Soit une baisse de 2%. Ainsi, 13 établissements ont un recours systématique à l'anesthésie générale, 3 établissements utilisent l'anesthésie locale dans plus de deux tiers des cas. Six établissements utilisent uniquement l'anesthésie locale. La pratique de l'anesthésie générale est systématique pour tous les établissements du département du Morbihan tandis qu'en l'Ille-et-Vilaine, celle de l'anesthésie locale est privilégiée (Annexe n°2).

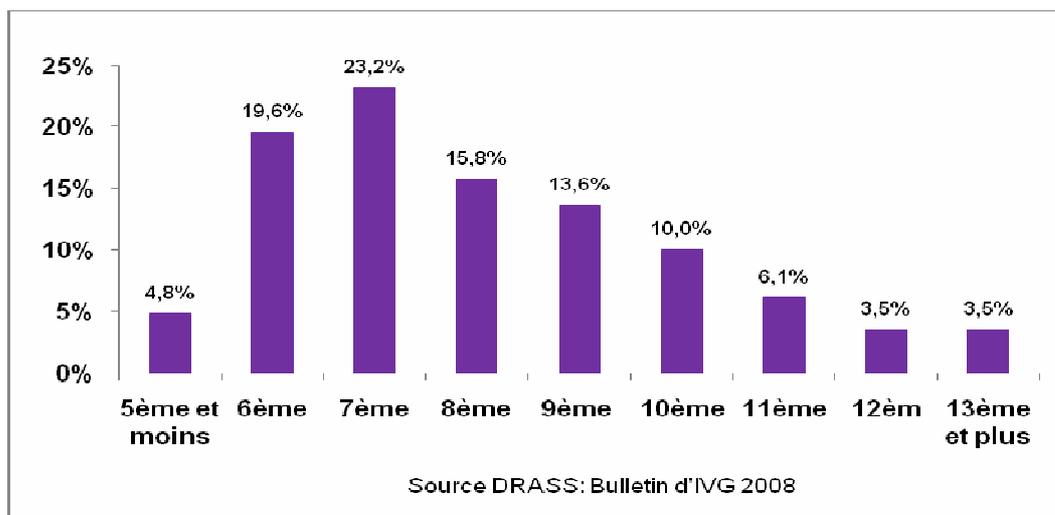
2.2.4 Répartition des IVG selon l'âge des femmes et selon le stade de la grossesse

Figure n°5 : Répartition en pourcentage les IVG selon l'âge



Selon les données des bulletins IVG, les femmes de 20 à 24 ans ont plus recours à l'IVG (26%). La part des mineurs reste élevée et elle représente 7% des IVG (figure n°5). Elle était également 7% en 2005.

Figure n°6 : Répartition des IVG selon le terme de la grossesse



La figure n°6 montre que 43% des IVG sont réalisées entre la 6^{ème} et la 7^{ème} semaine d'aménorrhée et 3,5% sont des IVG tardives

2.2.5 Répartition des établissements selon le nombre d'IVG réalisées.

Sur les 29 établissements, seul, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes a réalisé en 2007 plus de 1500 IVG. Six établissements (tous publics) ont réalisé un nombre d'IVG compris entre 400 et 1000. Les autres établissements ont un nombre inférieur à 400 IVG. Aucun établissement du secteur privé n'a atteint 400 IVG, au cours de l'année 2007. Cela pourrait s'expliquer par une faible implication du secteur privé, dans cette activité.

Tableau n°1 : Répartition des établissements selon le nombre d'IVG

Nombre d'IVG	Établissements	% IVG réalisées
Nombre d'IVG > 1500	CHU RENNES	21%
Nombre d'IVG > 400 et < 1000	CH St Malo, CH Vanne, CH Lorient, CHIC Quimper, CHRU Brest, CH St Brieuc	47%
Nombre d'IVG < 400	Les autres (22établissements : publics et privés)	32%

Source : SAE 2007

Légende : CH : Centre Hospitalier, CHIC : Centre Hospitalier intercommunal,

CHU : Centre Hospitalier Universitaire, CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

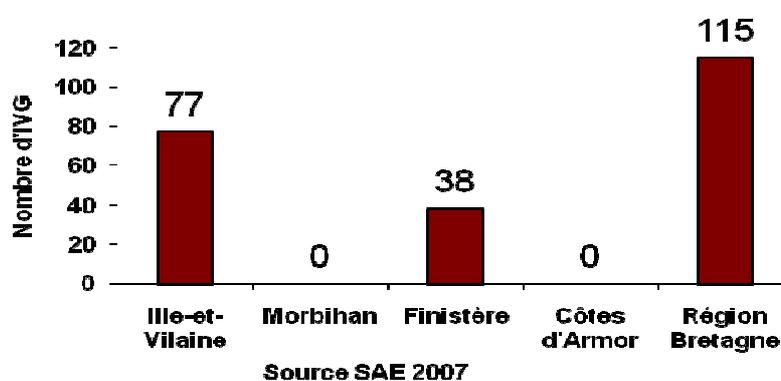
Concernant, les IVG prises en charge entre la 11^{ème} et la 12^{ème} semaine de grossesse, seuls 12 des 29 établissements de la SAE, ont renseigné cette partie. En général, les

établissements qui ont une forte activité sont les plus concernés par cette prise en charge. Le nombre IVG tardives enregistrées est de 350. Ce qui représente 5% de leur activité.

2.2.6 Dispositif ambulatoire des IVG par voie médicamenteuse.

Si le nombre d'IVG par voie médicamenteuse connaît une forte progression, la part des médecins de ville est probablement surestimée dans la SAE. Il semble exister une confusion entre le nombre d'IVG réalisées par les médecins de ville en dehors de l'hôpital (conventions passées avec les établissements) et le nombre d'actes pratiqués par les médecins libéraux au sein de l'établissement de santé. Après avoir trié les données confuses, pour l'année 2007, 115 IVG pratiquées par les médecins de ville sont dénombrées au niveau régional au lieu de 828 IVG comme indiqué dans la SAE.

Figure n°7 : Répartition des IVG médicamenteuses réalisées par la médecine de ville



Le département du Morbihan et celui des Côtes d'Armor sont dépourvus de ce dispositif (figure n°7). La mise en place de ce dispositif semble connaître un retard au niveau régional. Dans les autres départements (Ille-et-Vilaine et Finistère), cette activité reste très faible. Ce dispositif est à développer au niveau régional et principalement dans les départements où les médecins libéraux ne sont pas encore engagés.

2.2.7 Nombre de grossesses non prises en charge et le délai moyen de prise en charge en octobre

Les demandes non prises en charge concernent 2 établissements parmi les 7 établissements ayant donné des informations dans la SAE. Il s'agit d'un établissement dans le Finistère avec 40 demandes non prises en charge et d'un établissement dans les Côtes d'Armor avec 65 demandes non prises en charge. Les raisons du rejet de ces demandes ne sont pas mentionnées dans la source des données.

Concernant le délai moyen de prise en charge, 15 établissements ont renseigné cette partie dans la SAE (5 établissements en Ille-et-Vilaine, 2 établissements dans le Morbihan, 5 établissements dans le Finistère et 3 établissements dans les Côtes

d'Armor). Ce délai a diminué au niveau régional. Il est de 6,81 jours à partir de la date de la demande de prise en charge en 2007 contre 8,6 jours en 2006.

2.2.8 Profil sociodémographique des femmes ayant recours à l'IVG.

L'analyse des données des bulletins IVG 2008 permet de constater que parmi les femmes qui ont recours à l'IVG, plus de la moitié (54%) occupent un emploi, 19,4% sont des étudiantes ou élèves, 11,2% sont des femmes au foyer, 8,5% sont au chômage et les femmes dont la profession n'a été identifiée, représentent 6,9%. Plus d'un tiers de ces femmes n'ont aucun enfant (46,7%), 18,8% des femmes ont un enfant, 19,6% des femmes ont deux enfants et celles ayant trois enfants et plus représentent 12,9%. Quant au nombre d'IVG antérieures, la majorité des femmes (71,1%) n'ont aucun antécédent d'IVG, 21,1% des femmes ont une IVG antérieure, celles qui ont deux antécédents d'IVG représentent 4,8% et 3,1% des femmes ont trois antécédents IVG et plus. Presque toutes ces femmes résident en région Bretagne (97%).

2.3 Démographie médicale et conventions

Au total, 19 des 29 établissements sollicités ont répondu à l'enquête, soit 66% des établissements. Ce taux de répondants diffère d'un département à l'autre. Il est de 71% en Ille-et-Vilaine, 50% dans le Morbihan, 60% dans le Finistère et 83% dans les Côtes d'Armor. Cependant, plus des trois quarts des IVG sont réalisées par ces 19 établissements répondants au niveau régional (Annexe n°4).

2.3.1 Conventions passées avec des médecins de ville.

Très peu d'établissements ont passé une convention avec des médecins de ville. Seulement 3 des 19 établissements répondants, ont passé au moins une convention avec des médecins de ville. Ces trois établissements ont passé 20 conventions. Un seul établissement en compte 16. Ces conventions concernent 13 médecins généralistes, 5 gynécologues médicaux et 2 gynécologues obstétriciens.

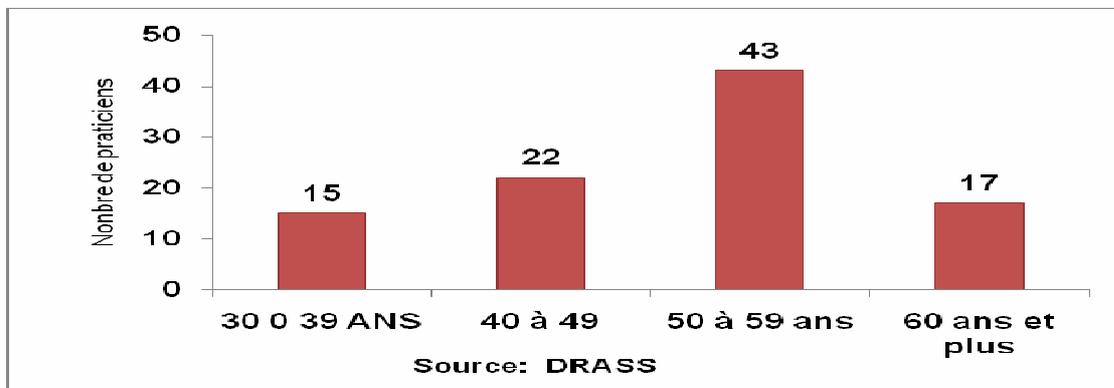
2.3.2 Démographie médicale des praticiens d'IVG en Bretagne.

Au cours de cette enquête, 97 médecins pratiquant les IVG en établissement de santé, ont été recensés dans les 19 établissements répondants. Avec une moyenne d'âge de 51,3 ans, l'âge des praticiens varie de 32 à 73 ans. Cette moyenne d'âge est supérieure à l'âge moyen des médecins observé en France en 2005 (47,9 ans)²³

²³ Conseil national de l'ordre : Démographie médicale : situation au 1^{er} janvier 2005, étude n°38, juin 2005, p 23

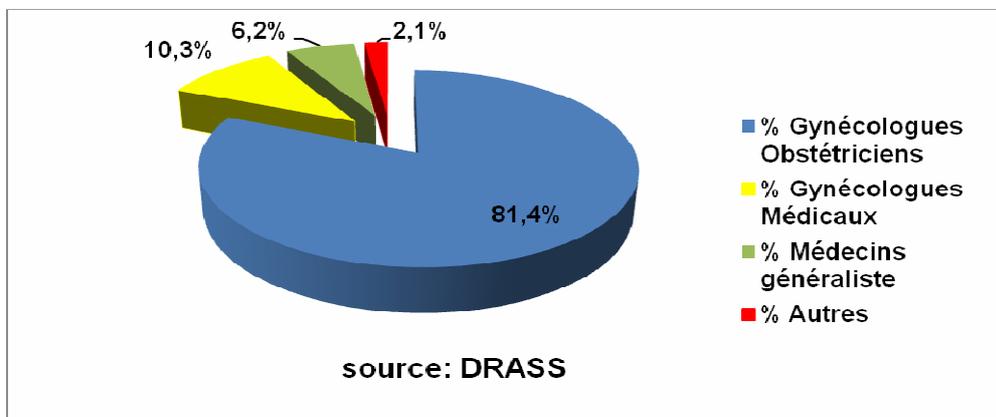
Plus de la moitié des praticiens ont 50 ans et plus (Figure n°8). La question de la relève et celle de l'intéressement des jeunes médecins sortant de l'université à cette activité s'imposent.

Figure n°8 : Répartition par tranche d'âge des praticiens d'IVG.



La figure n°9 ci-dessous montre que 91% des praticiens d'IVG ont une spécialité en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique dont 81% sont des gynécologues obstétriciens.

Figure n°9 : Répartition des praticiens selon la spécialité.



L'implication des médecins généralistes dans cette activité semble être limitée (6,2%). Ces données montrent qu'en région Bretagne, les IVG sont pratiquées en majorité par des gynécologues (médicaux ou obstétriciens). Cependant, le taux de participation des établissements à l'enquête étant très variable d'un département à l'autre, une comparaison des données par départements ne paraît pas pertinente et ne permet pas d'affirmer qu'un département est mieux fourni en praticiens que son voisin. Nous avons recensé en Ille-et-Vilaine 32 praticiens, le Morbihan 20 praticiens, le Finistère 20 praticiens et les Côtes d'Armor 25 praticiens.

Suite à cette analyse de l'offre, a été organisée une réunion préparatoire des inspections avec les professionnels de santé, au cours de laquelle, l'état des lieux a été présenté.

2.4 Démarche de préparation des inspections d'IVG

2.4.1 Réunion préparatoire des inspections avec les acteurs

Un groupe de travail réfléchit déjà sur les moyens de régulation des naissances telles que la contraception et l'IVG. Il est composé de représentants institutionnels et professionnels (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales - DDASS, Conseil Général, Centre de Planification et d'Éducation Familiale – CPEF). Une réunion a été organisée le 23 avril 2009 à la DRASS avec l'aide du MISP en charge du dossier. Tous les professionnels intervenant dans le champ de la contraception et les IVG au niveau régional, étaient invités à y participer. Les objectifs de cette réunion étaient de présenter un premier état des lieux de la pratique des IVG dans la région en vue de préparer la procédure d'inspection à laquelle seront soumis les 29 établissements réalisant des IVG dans la région de 2009 à 2010. Les résultats de notre travail ont nourri les débats.

2.4.2 Discussion relative à l'état des lieux

Au cours des débats, nous avons constaté que la pratique des IVG est encore dominée par le militantisme. Tous les médecins praticiens d'IVG présents à la réunion l'ont exprimé. Les discussions se sont déroulées autour des pratiques, de la prise en charge des IVG tardives, de l'implication des médecins de ville, du recours aux différentes techniques...

✓ Recours aux différentes techniques et échanges de pratiques

Il est nécessaire pour les praticiens d'être en mesure de présenter les différentes alternatives aux femmes tout en respectant leur choix. Le choix de la technique d'anesthésie locale apparaît être privilégiée par les praticiens notamment dans le département d'Ille-et-Vilaine. Son utilisation nécessite une équipe formée et organisée. Cette technique permet selon les praticiens rencontrés, d'apporter un soutien psychologique à la femme au moment de l'acte.

La souffrance psychologique serait plus difficile à supporter que la douleur physique. Or, la pratique d'anesthésie générale ne permettrait pas aux femmes de bénéficier de cet accompagnement.

Dans les établissements où la pratique de l'anesthésie générale est systématique, les praticiens voudraient développer la technique d'anesthésie locale et ce, après une formation de leurs équipes.

Selon les professionnels, il n'existe pas un lieu d'échanges concernant les pratiques. Les échanges entre les équipes réalisant les IVG et celles oeuvrant dans les centres de planning familial varient selon l'intégration de ces deux activités au sein d'un même service. Ainsi les échanges sont rares entre les équipes de différents centres d'un même département ou au niveau régional. Le département du Morbihan se différencie des autres. En effet, ce département est le seul de la région où la coordinatrice des centres de prise en charge des IVG organise tous les trois mois une réunion rassemblant tous les professionnels des différents centres de planning familial et des établissements du département.

✓ **Prise en charge des IVG tardives**

La prise en charge des IVG au-delà de la 10^{ème} semaine de grossesse est un problème pour les praticiens. Après l'allongement du délai légal portant de 11 à 12 semaines de grossesse (loi du 4 juillet 2001), les praticiens déplorent l'absence de réflexion entre les établissements, au niveau local, pour définir un mode de financement et une filière d'orientation. Certains praticiens et chefs de service seraient réticents à la prise en charge des IVG tardives, clause de conscience oblige ! La difficulté d'obtenir un lit dans un service de gynécologie obstétrique ou de chirurgie et celle de la prévision des plages au bloc opératoire rend complexe la prise en charge de celles-ci dans de brefs délais. Aussi, le manque de tiers pays des IVG tardives pose le problème de leur accessibilité.

Par ailleurs, l'information des établissements pratiquant des IVG au-delà de 10 semaines, conformément à la loi, semble peu accessible. La diffusion de cette information à tous les centres contribuerait à améliorer cette prise en charge.

✓ **Dispositif ambulatoire des IVG par voie médicamenteuse et délai moyen de prise en charge**

L'implication des médecins libéraux dans la pratique des IVG par voie médicamenteuse reste marginale. Il est difficile de les mobiliser. Cependant, ils expriment un besoin de formation avant de s'engager dans cette activité. Conformément à la loi, cette formation doit être organisée par l'établissement signataire de la convention. Sa mise en œuvre rencontre des difficultés.

Concernant le délai moyen de prise en charge, les médecins réalisant les IVG s'accordent à dire que celui-ci n'est pas bien évalué par l'enquête SAE. Cet indicateur est défini comme étant le délai entre la date du premier rendez-vous et celle de la réalisation de l'IVG. Une meilleure appréciation de ce temps devrait tenir compte du délai entre le premier appel et la date du premier rendez-vous. Certaines équipes auraient retenu cette méthode pour l'évaluation de leur pratique.

✓ **Actions de prévention**

L'échec de la contraception semble être lié à une prescription de méthode contraceptive souvent moins adaptée au mode de vie des femmes. Il semble que les femmes ne seraient pas assez écoutées dans leur prise en charge contraceptive par des prescripteurs.

La prévention des IVG chez les mineures demeure difficile du fait de leur jeune âge. Ainsi, l'augmentation du nombre de celle-ci chez les mineures, serait liée en partie à l'insuffisance d'actions de prévention en leur direction.

La prévention devrait commencer dès l'école primaire, comme cela se fait au Pays Bas, où le nombre d'IVG a fortement diminué selon un professionnel.

2.4.3 Discussion relative à la présentation du processus d'inspection

L'objectif de cette inspection est d'améliorer les organisations mises en place à travers leur analyse et du repérage des difficultés aux quelles sont confrontés des praticiens d'IVG. Tous les établissements de santé publics et privés pratiquant des IVG sont concernés par cette inspection. Il ne s'agit pas d'inspection stricto-sensu mais, d'une démarche de sensibilisation et de mobilisation des équipes (Annexe n°5).

La grille d'inspection sera envoyée à chaque établissement avant le jour de l'inspection afin qu'elle soit remplie. Au cours de celle-ci, le directeur de l'établissement sera interrogé sur la politique de l'établissement en matière de prise en charge des IVG. L'avis du médecin responsable de l'unité IVG sera recherché, sur le fonctionnement, les difficultés et des axes d'amélioration. Les professionnels de soins pensent que cette démarche d'inspection doit permettre de clarifier la question du financement relevant du forfait IVG et des Conseils généraux. Cette situation peut être source de conflits.

2.4.4 Attentes des professionnels.

✓ **Lieu d'échange au niveau régional**

A l'échelon national, les réunions organisées par l'Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception (ANCIC) ne permettent pas d'avoir une vision régionale de la pratique des IVG. A ce niveau, un lieu d'échanges faciliterait, selon les professionnels de santé, un partage des informations et des pratiques.

✓ **Sensibilisation des médecins libéraux et organisation d'une formation continue**

La sensibilisation des médecins libéraux et l'organisation des modules de formation au niveau régional sont des attentes des professionnels. Une instance légitime, pour valider ces formations, doit être mise en place. Un établissement référent ou une équipe doit en

assurer son organisation et son suivi. La commission régionale des naissances et le réseau périnatalité pourraient être les lieux privilégiés où s'étudieraient les demandes de reconnaissance de programmes de formation et d'organisation.

2.5 Analyse des résultats et de la démarche

2.5.1 Analyse des résultats

Cet état des lieux a permis d'identifier les points forts et les points faibles du dispositif de prise en charge des IVG. En région Bretagne comme au niveau national, ces interventions sont pratiquées en majorité, par le secteur public : sur l'ensemble des 29 établissements de soins publics et privés, deux tiers des IVG sont réalisées par sept centres hospitaliers, y compris le CHU de Rennes. L'implication du secteur privé dans cette activité reste faible (12% des IVG). Le secteur ambulatoire ne réalise pas les IVG par voie médicamenteuse dans deux départements (Morbihan et Côtes d'Armor). Dans les autres départements cette activité montre peu d'engagement de la part des médecins de ville.

L'état des lieux montre que le recours à l'IVG a tendance à progresser en Bretagne. Les mineures représentent 7% des femmes ayant recours à l'IVG en 2007. Cela interroge sur la pertinence des programmes de prévention des IVG chez celles-ci : quelle stratégie de prévention faut-il utilisée chez les mineures ?

Concernant la démographie des médecins pratiquant les IVG, la moyenne d'âge est supérieure à celle de la démographie médicale observée en France (51,3 ans vs 47,9 ans)²⁴. La plupart de ces médecins sont des anciens militants. Cette domination du militantisme des praticiens d'IVG constitue un risque pour la pérennité de cette activité. Car, nombre d'entre eux sont proches de la retraite. La question de la relève est donc posée. La formation des médecins pour l'exercice de cette activité apparaît un impératif pour anticiper un déficit.

Outre ces éléments, la réunion organisée à la DRASS nous a permis de rencontrer les professionnels intervenant dans ce champ et d'échanger avec eux. Il n'existe pas de lieu d'échanges et de coordination des praticiens réalisant les IVG au niveau infrarégional et régional. Ainsi, les pratiques ne sont pas uniformisées (elles varient selon les établissements). Le développement du dispositif ambulatoire des IVG par voie médicamenteuse implique la formation des médecins libéraux.

²⁴ Conseil national de l'ordre des médecins : Démographie médicale : situation au 1^{er} janvier 2005, étude n°38, juin 2005, p 23

La possibilité d'organisation des modules de formation validée par une instance devrait faire l'objet d'une réflexion au niveau régional.

Le recensement des établissements pratiquant les IVG au delà de la 10^{ème} semaine et la diffusion de cette information à tous les centres permettraient une amélioration de la prise en charge.

2.5.2 Limite de la démarche

Si cette démarche apparaît plus simple et économique en termes de temps et de coût, elle revêt des limites. L'utilisation des données ne datant pas la même année, est due au manque de données SAE 2008 et celles des bulletins d'IVG 2007. Nous n'avons pas pu exploiter les données du PMSI du fait de leur complexité et de l'indisponibilité d'un médecin DIM. Ainsi, nous n'avons pas pu comparer nos sources de données.

Par ailleurs, les informations, recueillies au cours de la réunion avec les professionnels de santé, n'ont pas permis une meilleure exploration du problème de la prise en charge des IVG. Des entretiens individuels auraient permis aux participants d'exprimer librement leur propre opinion. Mais, compte tenu des contraintes de temps et surtout des déplacements que cela nécessitait, nous n'avons pas pu réaliser d'entretiens.

Aussi, cette démarche n'a pas permis d'obtenir des informations concernant les difficultés rencontrées par les femmes lors de leur parcours de prise en charge d'IVG. La question des difficultés rencontrées par ces femmes reste donc posée. Celles de la lisibilité et la visibilité du dispositif de prise en charge des IVG se trouvent sans réponse. Une enquête ciblant des femmes ayant déjà subi une IVG et des praticiens engagés dans cette activité, clarifierait la question des difficultés d'accès au dispositif d'interruption de grossesse.

L'étude de MOREAU C et al souligne l'importance du premier professionnel contacté « le choix de ce premier professionnel dépend des caractéristiques sociodémographiques des femmes. Il influence les conditions ultérieures du parcours des femmes dans leur prise en charge »²⁵

Cependant, malgré ces contraintes, cette méthode reste l'une des plus simples à utiliser. Au travers de cette démarche, nous avons mis en évidence les pratiques des IVG et des préoccupations des professionnels. Nous avons retenu cette approche parce que nous avons voulu connaître l'organisation du dispositif de prise en charge des IVG, la

²⁵ Moreau C., Bajos N., et al : Les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France Revue Médicale de l'Assurance Maladie, volume 36 n°1, Janvier-mars 2005, pp 77-87

démographie des praticiens d'IVG en région Bretagne et interroger les professionnels sur leurs pratiques.

2.6 Difficultés rencontrées au cours de ce travail

La principale difficulté rencontrée lors de cette activité a été le traitement des données statistiques. Certaines parties du questionnaire SAE sont mal renseignées. Des établissements semblent confondre les IVG réalisées par voie médicamenteuse en milieu hospitalier et celles réalisées par les médecins de ville, dans leurs cabinets. Cela rend difficile leur analyse. L'exploitation des données du PMSI reste complexe. L'absence des bulletins d'IVG des années antérieures en DRASS, rend impossible leur accessibilité. Une autre difficulté est le nombre de répondants à l'enquête spécifique à la démographie médicale des praticiens IVG et aux conventions passées. Malgré, l'intervention très active du MISP en charge du dossier, il a fallu relancer plusieurs fois avec insistance pour avoir un nombre de répondants allant au-delà de la moitié des établissements. Tous ces facteurs ont considérablement ralenti le déroulement de l'enquête.

3 Préconisations

3.1 Mobiliser le secteur privé et les médecins de ville

La mobilisation et la recherche de l'implication du secteur privé et les médecins de ville nous apparaissent nécessaires pour faciliter l'accès à l'IVG et en améliorer la qualité de sa prise en charge. Celle-ci doit se faire par une démarche de sensibilisation des professionnels de ces secteurs. Ainsi, on pourrait s'appuyer sur la commission régionale des naissances et le réseau périnatalité qui organiseront des réunions d'information et de sensibilisation sur la pratique des IVG. Les échanges au cours de ces rencontres devraient être l'occasion de discuter des questions de représentations sociologiques et de leurs impacts (cas du gynécologue assassiné pour la pratique des IVG aux États Unis et les récentes manifestations anti-IVG en Espagne) ainsi que de la formation des médecins de ville.

3.2 Nécessité d'une instance de formation et de pilotage

La mise en place du dispositif ambulatoire des IVG par voie médicamenteuse est encore inachevée. Deux départements en sont dépourvus. Son activité est faible dans les deux autres départements. Son développement implique la mobilisation des médecins libéraux et leur formation.

Aussi, la pratique des IVG en région Bretagne est fortement dominée par les gynécologues (obstétriciens et médicaux) qui sont des anciens militants. Ceux-ci iront à la retraite dans quelques années. Il faudrait assurer leur relève. Son anticipation passe par la formation des médecins.

Pour ceux-ci. Il serait important de mettre en place une instance régionale pour organiser et valider des modules de formation continue des médecins libéraux et d'en faire la promotion. Ces formations devraient s'élargir à tous les médecins intéressés par la pratique des IVG. Il convient de donner une définition précise, concertée et formalisée du rôle de l'instance, du mandant et du rôle effectif des membres. Sa légitimité doit se traduire par un engagement fort des décideurs politiques. Le réseau périnatalité et la commission régionale des naissances pourraient constituer le cadre de cette organisation.

3.3 Améliorer le système d'information

Le besoin d'une information concernant les différentes pratiques des établissements est ressenti par les professionnels. L'information est un facteur important dans la coordination et la facilitation de la prise en charge. La mise en place d'un système d'information sur les

établissements réalisant les IVG, au-delà de la 10^{ème} semaine de grossesse permettrait d'améliorer leur prise en charge. Sa mise en œuvre pourrait s'appuyer sur le réseau périnatalité qui travaillerait en lien avec le centre téléphonique régional.

3.4 Mettre les professionnels en réseau et conforter l'animation régionale

La mise en réseau des professionnels va permettre l'accès rapide aux informations communes, de renforcer et d'enrichir leur approche et d'uniformiser leurs pratiques en organisant des réunions d'échanges de pratiques. Ce réseau contribuera à renforcer les liens entre les différentes équipes des établissements mais aussi, entre les centres de planning familial départemental et régional. Cela va faciliter la coordination locale et régionale de la prise en charge des IVG.

Concernant la coordination, cette activité d'IVG reste très peu coordonnée au niveau régional. La commission régionale des naissances et le réseau périnatalité qui ont des compétences pour coordonner l'ensemble des dispositifs d'IVG, ne l'ont pas inscrit dans leurs objectifs prioritaires. Cependant, ils apparaissent à notre avis comme les outils privilégiés des acteurs, pour coordonner la prise en charge et la prévention des IVG.

De plus une bonne coordination des professionnels pourrait permettre une bonne circulation de l'information et une uniformisation de leurs pratiques au niveau régional.

3.5 Prévenir l'IVG par un accès facile à une contraception efficace et adaptée

Le niveau de connaissance des populations en matière de contraception ne suit pas forcément l'évolution et la diversification des méthodes contraceptives. Le nombre d'IVG chez les mineures continue de progresser. Des jeunes filles surestiment, par méconnaissance, les effets négatifs de la pilule et elles préfèrent recourir à des méthodes contraceptives peu efficaces augmentant ainsi le risque d'une grossesse non désirée²⁶. Le non remboursement des pilules de troisième génération par la sécurité sociale limite leur accessibilité aux populations à faible revenu et aux moins de 20 ans. Or, celles-ci auraient moins d'effets négatifs que les pilules de première et deuxième générations. Le coût de la contraception et la prescription médicale obligatoire sont des freins à une contraception efficace et adoptée.²⁷ Cela pourrait augmenter le risque des grossesses non prévues.

²⁶ POLETTI B.: Rapport d'information sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception ; p 23

²⁷ Bajos N., FERRAND M. et Al. De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues : INSERM, 2002, p 384. Coll. Question en santé publique.

La prise en charge de leur coût et leur accès sans prescription médicale obligatoire pour les populations défavorisées pourrait contribuer à réduire les inégalités d'accès aux pilules de troisième génération, dont leur utilisation semble être moins contraignante.

Conclusion

En région Bretagne, La pratique des IVG se fait essentiellement en milieu hospitalier et dans le secteur public. Sur l'ensemble des établissements, plus des deux tiers de cette activité sont réalisés par sept centres hospitaliers. La faible implication du secteur privé et les médecins de ville sont des facteurs négatifs d'un développement de l'offre de prise en charge. Le manque d'un lieu d'échanges de pratiques ne permet pas d'uniformiser des pratiques au niveau régional. Le manque d'une information recensée et systématisée des établissements prenant en charge les IVG au-delà de la 10^{ème} semaine de grossesse rend encore leur prise en charge difficile.

La région doit se doter d'un lieu d'échange de pratique et d'une instance légitime pour organiser et valider des modules de formation continue pour la pratique des IVG.

Cette démarche n'est pas sans difficulté compte tenu des réticences de certains professionnels à la pratique des IVG. Elle requiert du temps, des moyens. Pour être efficace, il faut une volonté et une implication des décideurs politiques.

Les difficultés d'accès à l'IVG ne pourraient être liées seulement à l'offre de prise en charge. Le manque d'entretiens individuels ne nous a pas permis d'identifier les difficultés rencontrées par les femmes lors de leur parcours de prise en charge. Leur prise en compte permettrait de mieux organiser l'offre de prise en charge des IVG en région Bretagne.

La diversification des modes de prise en charge ne pourrait se faire qu'à travers d'une mobilisation et d'une intégration du secteur privé et les médecins de ville.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, la pérennité de l'activité des IVG reste encore fragile au regard de la montée des mouvements anti-IVG en dépit de la mise en place d'un dispositif réglementaire.

Comme le dit Rebecca GOMBERTS dans le monde diplomatique : « Souvent, les bonnes lois, bien qu'essentielles, ne suffisent pas pour améliorer la condition des femmes : elles finissent par rester lettre morte si elles ne s'accompagnent pas de changements profonds des rapports sociaux »²⁸.

²⁸ Le monde diplomatique: Le meilleur de l'Europe pour les femmes, ce qu'elles veulent, Édition imprimée mai 2008, p 6.

Bibliographie

TEXTES LÉGISLATIFS

Loi n° 2001-588, du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception (Journal Officiel 7 juillet 2001, p.10823)

Loi n° 75-17, du 17 janvier 1975, relative à l'IVG (Journal Officiel, 18 janvier 1975, p.739)

Loi n° 2001-588, du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception (Journal Officiel 7 juillet 2001, p.10823)

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (Journal Officiel du 11 août 2004 p 14277,

Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux IVG par voie médicamenteuse (Journal Officiel du 8 mai 2009 p7808)

Rapports

ANAES: Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée, mars 2001

Conseil national de l'ordre des médecins : Démographie médicale : situation au 1^{er} janvier 2005, étude n°38, juin 2005, p 23. Visible sur :

<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etatdeslieux38.pdf> (10/07/2009)

NISAN I : l'IVG en France: propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes ; février 1999, p 15

NISAND I en 2006 : Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures ; pp 5-10

POLETTI B : Rapport d'information sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception ; p 23

Documents

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Bretagne 2006-2010 ; p 352

Articles

BAJOS N., FERRAND M. et al. De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues : INSERM, 2002, p 384. Coll. Question en santé publique.

MOREAU C., BAJOS N. et al: Les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France Revue Médicale de l'Assurance Maladie, volume 36 n°1, Janvier-mars 2005, pp 77-87.

VILAIN A.: Études et résultats DREES : Les interruptions volontaires de grossesse en 2006; N°659 septembre 2008 ; pp 1-4.

BAJOS N., OUSTRY. P et Al. : Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France ; pp 487-491

BAJOS N., MOREAU C. et al : Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et sociétés N°407 Décembre 2004, p 2.

REGNIER A., LERIDON H: Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? Population et sociétés N°439, novembre 2007 pp 1-3.

BOITARD V. : DRASS de Bretagne: Les interruptions volontaires de grossesse en 2005 en Bretagne : l'info statistique N°10 Mars 2007.

L'observatoire Régional Santé Bretagne : La santé des jeunes scolarisés en Bretagne : Sexualité, Décembre 2008 pp 3-5

Le Nouvel Observateur : Contraception et avortement, les grandes dates en France (NOUVELOBS.COM |23.06.2008|). Visible sur :

[HTTP://TEMPSREEL.NOUVELOBS.COM/ACTUALITES/SOCIETE/20071127.OBS6977/CONTRACPTION ET AVORTEMENT LES GRANDES DATES EN FRANC.HTML](http://TEMPSREEL.NOUVELOBS.COM/ACTUALITES/SOCIETE/20071127.OBS6977/CONTRACPTION_ET_AVORTEMENT_LES_GRADES_DATES_EN_FRANC.HTML) (10/03/2009)

MFPF : Accès à l'IVG 30 ans après difficile pour le Planning Familial. visible sur :

<http://droit-medecine.over-blog.com/article-15653270.html> (10/03/2009)

Le Monde Diplomatique : Le meilleur de l'Europe pour les femmes, ce qu'elles veulent, Édition imprimée mai 2008, p 6. Visible sur :

<http://www.monde-diplomatique.fr/2008/05/A/15912> (03/07/2009)

Liste des annexes

ANNEXE N°1 : Grille d'enquête démographique des praticiens et des conventions

ANNEXE N°2 : La pratique des IVG au niveau régional

ANNEXE N°3 : Les techniques utilisées par les établissements

ANNEXE N°3 : Les techniques utilisées par les établissements

ANNEXE N°4 : Part des IVG réalisées par les établissements ayant répondu à l'enquête spécifique à la démographie médicale et les conventions

ANNEXE N°5 : Protocole et schéma d'inspection

ANNEXE N°1 : Grille d'enquête démographique des praticiens et des conventions

A) Tableau N°1/: État des lieux relatif aux conventions signées avec les médecins de ville réalisant des IVG médicamenteuses en ville (hors de vos établissements).

La loi du 2 juillet 2004 a autorisé les médecins (médecins généralistes, gynécologues...) exerçant en ville à pratiquer les IVG médicamenteuses. Mais, ils doivent passer une convention avec un établissement pour une prise en charge en cas de complication.

Pouvez-vous indiquer le nombre de conventions passées avec les médecins pratiquant des IVG médicamenteuses en ville dans les cases réservées à cet effet ?

Spécialités	Nombre de conventions passées en 2006	Nombre de conventions passées en 2007	Nombre de conventions passées en 2008	Total conventions
Gynécologues médicaux				
Gynécologues Obstétriciens				
Médecins généralistes				

B) Tableau relatif aux praticiens qui réalisent les IVG dans votre établissement

Pouvez-vous indiquer dans ce tableau selon leur nombre, la spécialité, l'âge et le statut de vos professionnels pratiquant les IVG.

Praticiens	Spécialités (GO/ G M/ MG/ Autre précisez)	Âge (ans)	Établissements publics: Statut PH/assistant/ contractuel/autre précisez	Établissements privés: Statut libéral ou salarier
N°1				
N°2				
N°3				
N°4				
N°5				
N°6				
N°7				
N°8				
N°9				
N°10				
N°11				
N°12				
N°13				
N°14				
N°15				

GO= Gynécologie Obstétrique GM= Gynécologie Médicale GM= Gynécologie Médicale MG= Médecine Générale

ANNEXE N°2 : La pratique des IVG au niveau régional

% age IVG instr < 12 h	IVG Instr Hospit > 12 h Forfait 2	% age IVG instr > 12 h	dont supp hospit > 12 h Forfait 3	IVG Médicamenteux	% age d'IVG med	Nombre total d'IVG	dont Recours AG	% A G IVG instr avec AG	dont IVG 11 et 12 SG	% A G IVG > 10 SG / IVG instr	IVG non PEC en octobre	IVG médecine de ville	Interruption Thérapeutique de Grossesse	Total IVG	délais moyen de PEC en octobre
98%	10	2%	0	228	34%	673	126	28%	14	3%	65	0	21	694	
94%	5	6%	3	118	61%	195	21	27%					2	197	4
95%	3	5%	0	103	62%	165	62	100%	3	5%			3	168	3
94%	4	6%		207	74%	278	68	96%	15	21%			2	280	
95%	1	5%	0	42	67%	63	20	95%						63	3
96%	2	4%	1	98	66%	148	50	100%						148	
70%	129	30%	53	259	37%	695	436	100%	55	13%	10	0	27	722	
95%	2	5%		40	49%	82								82	
71%	11	29%		41	52%	79	38	100%						79	6
100%				188	53%	357							8	365	1
91%	2	9%	1	32	59%	54							2	56	
100%	0	0%	0	44	72%	61	17	100%	0	0%		0	1	62	3
98%	2	2%	1	93	47%	197	104	100%	9	9%	0	197	14	211	
98%	9	2%	8	230	35%	661	407	94%	56	13%	0	38	18	679	6,5
98%	2	2%	0	22	16%	136	110	96%	22	19%	40	0	6	142	15
100%	0	0%	0			17						17		17	
55%	46	45%	1	352	78%	454	85	83%	36	35%		454	9	463	7,25
100%	0	0%	0	36	55%	65	25	86%				0	7	72	15
100%						104		0%					2	106	8
92%	2	8%	0	60	70%	86	26	100%			0	0	4	90	12
92%	7	8%	6	2	2%	91	89	100%				0	10	101	
100%		0%				4							9	13	
97%	48	3%		276	16%	1 682	48	3%	55	4%		77	66	1 748	8
94%	5	6%	0	50	39%	129	79	100%	2	3%	0	0	2	131	7
100%			0	55	69%	80	25	100%					5	85	1
60%	149	40%		278	43%	647	369	100%	41	11%			17	664	
100%	0	0%		32	71%	45	13	100%				45		45	
100%				105	57%	185	80	100%					5	190	
100%	2	0%	2	267	38%	697	430	100%	42	10%	0	0	24	721	
91%	441	9%	76	3 258	40%	8 130	2728	56%	350	7%	115	828	264	8 394	6,65

ANNEXE N°3 : Les techniques utilisées par les établissements

Départements	Établissements	% IVG inst avec AG	% IVG inst avec Hosp< 12H	% IVG inst avec Hosp> 12H	% IVG inst avec Hosp> 24H
Ille-et-Vilaine	CHU DE RENNES	3,4	96,6	3,4	0
	CENTRE HOSPITALIER BROUSSAIS	83,3	54,9	45,1	0,98
	CENTRE HOSPITALIER VITRE	100	92,3	7,7	0
	CH FOUGERES	86,2	100	0	0
	CENTRE HOSPITALIER DE REDON	0	100	0	0
	CENTRE HOSPITALIER PRIVE ST GREGOIRE	100	92,1	7,9	6,74
	Morbihan	CENTRE HOSPITALIER BRETAGNE ATLANTIQUE	100	99,5	0,5
CENTRE HOSPITALIER BRETAGNE SUD		100	59,6	40,4	0
CENTRE HOSPITALIER DE PLOERMEL		100	93,7	6,3	0
CENTRE HOSPITALIER DU CENTRE BRETAGNE		100	100	0	0
POLYCLINIQUE DE PONTIVY		100	100	0	0
CLINIQUE DU TER		100	100	0	0
Finistère		CENTRE HOSP. DES PAYS DE MORALIX	96,5	98,2	1,8
	CHIC- QUIMPER	94,4	97,9	2,1	1,86
	CHRU BREST	100	70,4	29,6	12,16
	CENTRE HOSPITALIER QUIMPERLE	100	100	0	0
	POLYCLINIQUE DE KERAUDREN	100	98,1	1,9	0,96
	CENTRE HOSPITALIER DE CARHAIX	0	71,1	28,9	0
	CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU	0	95,2	4,8	0
	CLINIQUE PASTEUR	0	100	0	0
	CLINIQUE ST MICHEL ET STE ANNE	0	90,9	9,1	4,55
	CTRE MEDICO-CHIR. BAIE MORLAIX	0	100	0	0
Côte d'Armor	HOPITAL Y. LE FOLL	28,3	97,8	2,2	0
	CENTRE HOSPITALIER LANNION	95,8	94,4	5,6	0
	CENTRE HOSPITALIER GUINGAMP	100	95,2	4,8	0
	CENTRE HOSPITALIER RENE PLEVEN	27,3	93,5	6,5	3,9
	CENTRE HOSPITALIER PAIMPOL	95,2	95,2	4,8	0
	CHP DE ST BRIEUC- SITE STE THERESE	100	96	4	2

ANNEXE N°4 : Part des IVG réalisées par les établissements ayant répondu à l'enquête spécifique à la démographie médicale et les conventions

	Nombre IVG	IVG Établissements répondants	%IVG des Établissements répondants	%Établissements répondant
Ille-et-Vilaine	2486	1967	79,12%	71,43%
Morbihan	1783	1473	82,61%	50%
Finistère	2339	1243	53,14%	60%
Côte d'Armor	1522	1459	95,86%	83,33%
Région Bretagne	8130	6137	75,49%	66%



ANNEXE N°5 : Protocole et schéma d'inspection

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE

L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction de l'organisation du
système de soins - O1

Personne chargée du dossier :

Anne-Noëlle MACHU

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Sous-direction santé et société – SD6D

Personne chargée du dossier :

Béatrice BOISSEAU-MERIEAU

PRATIQUE DE L'INTERRUPTION DE GROSSESSE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

PROTOCOLE ET SCHEMA D'INSPECTION

1. Contexte de l'inspection

Cette inspection se situe dans le contexte suivant :

- Des études, ainsi que les informations transmises par les associations impliquées dans le domaine de l'IVG, font état de grandes difficultés d'accès aux interventions dans les établissements de santé en France. Ces difficultés recouvrent notamment :
 - L'impossibilité, dans certains cas, d'obtenir un rendez-vous lors d'un 1^{er} appel ;
 - Des délais dans l'ensemble trop importants pour obtenir un rendez-vous et/ou une intervention ;
 - Le refus opposé par certains établissements de prendre en charge les femmes dont le terme de la grossesse est compris entre 10 et 12 semaines de grossesse ;
- Une organisation des structures et des blocs opératoires ne permettant pas toujours de répondre aux besoins de l'activité IVG.
- Une restriction de l'offre de prise en charge par les établissements de santé correspondant à une diminution du nombre d'établissements réalisant des IVG (consécutives aux restructurations opérées en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie notamment).
- Une montée en charge de l'IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville depuis 2004 et le rôle important des établissements de santé d'impulsion du dispositif et de recours pour les femmes et les médecins de ville.
- La mise en œuvre, sur la période 2006-2011, du volet périnatalité du schéma régional d'organisation sanitaire pour ce qui concerne l'activité d'IVG.

2. Objectifs de l'inspection

Les objectifs de l'inspection sont les suivants :

- Analyser l'organisation mise en place par les établissements de santé publics et privés pour la prise en charge des IVG au regard notamment des recommandations en la matière émises par la Haute Autorité de Santé (2001) et le groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 (2002) relayées par les circulaires DGS/DHOS de 2003 à 2006 constitueront des outils d'analyse essentiels.
- Repérer les difficultés d'accès à l'IVG au niveau de l'établissement, tant instrumentale que médicamenteuse, notamment liées au mode d'organisation de ces services ou des praticiens et concernant notamment des publics spécifiques : les femmes demandant une IVG après 10 semaines de grossesse et les mineures
- Repérer les difficultés d'orientation des femmes au niveau de l'établissement et au niveau des autres acteurs, liées au mode d'organisation du secrétariat et de l'accueil.
- Appréhender comment l'établissement se situe, d'une part, dans une dynamique de travail en réseau avec les autres établissements de santé et avec la permanence téléphonique régionale d'information relative à l'IVG et à la contraception et, d'autre part, dans le cadre d'une éventuelle coordination de la politique institutionnelle en matière d'IVG développée au niveau régional.

Cette inspection doit constituer un moyen de sensibilisation et de mobilisation des équipes, un outil de réflexion permettant de mieux cerner avec elles les difficultés rencontrées et d'améliorer le fonctionnement, mais aussi, un vecteur d'encouragement des différents acteurs d'une activité complexe. Elle s'inscrit également comme une aide opérationnelle à la mise en œuvre des SROS en ce qui concerne la prise en charge des IVG.

3. Textes et documents de référence

3.1. Textes

- Articles L.2212-1 à L.2212-11 du code de la santé publique
- Articles R.2212-1 à R.2212-19 du code de la santé publique
- Circulaire DGS/DHOS n°2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
- Circulaire DGS/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.
- 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.

3.2. Documents

- Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines –Haute autorité en santé (mars 2001).
- 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 présenté en décembre 2002 par Mme Jeandet-Mengual, membre de l'Inspection générale des affaires sociales.

4. Méthodologie de l'inspection

Tous les établissements de santé publics et privés pratiquant des IVG seront inspectés. Selon les régions, il apparaît souhaitable d'entreprendre également une démarche en

direction des établissements pour lesquels la réglementation prévoit la pratique d'IVG et qui, de fait, n'en réalisent pas.

5. Période d'inspection

Cette inspection se situe dans un cadre pluriannuel (2007-2009). Il est préférable de débiter les inspections au 2^{ème} semestre 2007, après la période choisie par la DREES (avril à juin 2007) pour réaliser une enquête portant sur le parcours des femmes souhaitant accéder à une IVG, à partir d'un échantillon de 150 établissements de santé .

6. Documents à consulter en phase préparatoire

- Les recommandations émises par la Haute autorité en santé sur « la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines – (mars 2001) » disponibles sur le site internet du ministère de la santé – [www.sante.gouv.fr/sante/dossier thématique/interruption volontaire de grossesse et contraception](http://www.sante.gouv.fr/sante/dossier_thematique/interruption_volontaire_de_grossesse_et_contraception).
- Le rapport du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 (2002), consultable sur le même site internet.
- Pour chaque établissement inspecté, la fiche Q04 correspondante de la statistique annuelle des établissements (SAE).

7. Corps de contrôle concernés

Il est préconisé, pour une inspection optimale, que cette inspection soit réalisée par le corps des médecins inspecteurs de santé publique et celui des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, en fonction notamment des différentes parties de la grille d'inspection. Cependant, il pourra être tenu compte des situations locales.

8. Déroulement de l'inspection

Les personnes ressources à rencontrer sont :

- Pour la partie 1 sur la politique de l'établissement : Le directeur de l'établissement ou son représentant,
- Pour les parties suivantes :
 - Le médecin chef de service ou chef de pôle au sein duquel l'activité d'IVG est pratiquée,
 - Le médecin responsable fonctionnel de l'activité d'IVG au sein du pôle ou du service (responsable fonctionnel d'une unité fonctionnelle si elle existe),
 - En cas d'absence de service, les médecins (gynécologues-obstétriciens/chirurgiens) pratiquant les IVG.
 - Le cas échéant, la sage-femme assurant les IVG médicamenteuses sous délégation du médecin.

Document à demander à l'établissement

- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- Projet d'établissement.

9. Retour demandé par l'administration centrale

Un retour d'informations sur les inspections réalisées de 2007 à 2009 est demandé pour la fin de chacune de ces années. Une fiche de synthèse des inspections réalisées par département chaque année sera adressée à l'administration centrale (DHOS-bureau O1 et DGS-bureau SD6D) par l'intermédiaire de la MRIICE. L'ARH sera également destinataire de cette synthèse.

La fiche de synthèse annuelle portera sur les éléments suivants :

Nombre d'établissements inspectés et statut public/privé.

- 1- Partie 1.5 : Avis du directeur d'établissement sur la politique de l'établissement en matière de prise en charge des IVG (difficultés et axes d'amélioration).
- 2- Partie 4 : de la grille d'inspection (avis du médecin responsable sur le fonctionnement, difficultés et axes d'amélioration).
- 3- Partie 5 de la grille d'inspection (avis du ou des inspecteur(s)).