ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Médecin-Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : **Avril 2001**

POURQUOI EXISTE-T-IL DES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT DES MÉDECINS PRATIQUANT LES IVG ?

L'exemple de la Bretagne

Doriane ARGAUD

Je remercie tout particulièrement

- ✓ **Brigitte Subileau**, médecin inspecteur régional adjointe à la DRASS de Bretagne, qui m'a accueillie en stage et l'ensemble de l'équipe de l'inspection régionale de la santé,

- ✓ **Michelle Benedetti**, secrétaire administrative, **Maryvonne TOXE** responsable du Service Statistique à la DRASS de Bretagne,

- ✓ **Alain Jourdain**, enseignant à l'ENSP, qui m'a accompagnée et guidée dans la réalisation de ce travail,

- ✓ les enseignants de l'ENSP qui m'ont apporté appuis et conseils : **Philippe Lecorps, Christine Quélier** et **Bernard Junod**,

- ✓ **Olivier Grimaud**, médecin de santé publique à l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne qui m'a encouragée et conseillée,

- ✓ l'ensemble des personnes qui ont accepté de me recevoir pour me parler de leur métier au quotidien.

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS 5

1 INTRODUCTION 6

2 MATERIEL ET METHODES 11

2.1 Evolution du nombre des IVG 12

2.1.1 Le bulletin statistique d'interruption volontaire de grossesse 12

2.1.2 Les statistiques annuelles des établissements 13

2.2 Caractérisation des médecins pratiquant des IVG 13

2.2.1 Recensement 13

2.2.2 Exploitation du fichier ADELI 13

2.3 Recherche des facteurs déterminants dans la pratique médicale des IVG et dans le recrutement des médecins 14

2.3.1 Enquête par questionnaire 14

2.3.2 Entretiens 16

3 RESULTATS 17

3.1 Evolution du nombre des IVG 17

3.2 Organisation de la pratique IVG dans les services d'orthogénie 23

3.3 Caractérisation des médecins pratiquant des IVG 25

3.3.1 Une faible participation des femmes 25

3.3.2 Une population vieillissante 26

3.3.3 Une forte implication des médecins généralistes et des gynécologues médicaux 28

3.3.4 Des statuts précaires 29

3.4 Les facteurs déterminants dans la pratique médicale des IVG 31

3.4.1 Une bonne participation à l'enquête par questionnaire 32

3.4.2 Une sensibilisation précoce aux IVG dans la formation médicale 33

3.4.3 Une rémunération peu attractive 34

3.4.4 Une charge à répartir équitablement 36

3.4.5 Encore 12% des médecins ne pratiquent pas d'IVG médicamenteuses 38

3.5 L'allongement du délai légal de l'IVG de 12 SA à 14 SA, conséquences sur l'offre médicale 39

3.5.1 L'opinion des médecins 39

3.5.2 L'impact sur la prise en charge des IVG 12-14SA 41

3.6 Un recrutement difficile des médecins pratiquant des IVG 42
3.6.1 Selon les médecins questionnés 42
3.6.2 Selon les directeurs des affaires médicales des établissements recruteurs 43
3.7 Un besoin accru en médecins pratiquant des IVG en 2005 et 2010 44
3.7.1 Année 2005 44
3.7.2 Année 2010 45
4 DISCUSSION 46
4.1 L'évolution à la hausse du nombre des IVG 46
4.2 L'évolution incertaine de l'offre médicale 47
4.3 L'allongement des délais légaux 50
5 PROPOSITIONS ET FAISABILITE POUR LE MEDECIN DE SANTE PUBLIQUE 52
5.1 Rendre la fonction plus attractive 52
5.1.1 Rémunération 52
5.1.2 Statut 53
5.1.3 Formation et sensibilisation de nouveaux médecins 54
5.1.4 Fiche de poste incluant des actions de prévention 54
5.2 Organiser l'IVG 54
5.2.1 Maîtriser la démographie des gynécologues obstétriciens 54
5.2.2 Planifier l'organisation de l'IVG dans le cadre des SROS 55
5.2.3 Disposer de données régionales des IVG 55
5.2.4 Augmenter le nombre d'IVG médicamenteuses 55
5.2.5 Anticiper l'effet de l'augmentation des délais de 12 à 14 SA sur l'offre médicale 56
6 BIBLIOGRAPHIE 57
6.1 Lois, règlements et circulaires 57
6.2 Rapports et enquêtes ministériels 57
6.3 Articles de presse 57
6.4 Littérature scientifique et ouvrages 58
ANNEXES 59

Liste des abréviations

ACRN-AP-HP : association des centres de régulation des naissances de l'assistance publique des hôpitaux de Paris
AG : anesthésie générale
AL : anesthésie locale
ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CIVG : centres d'interruptions volontaires de grossesse ou centres autonomes d'orthogénie
CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CRN : commission régionale de la naissance
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRESS : direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques du ministère de l'emploi et de la solidarité
GM : gynécologues médicaux
GO : gynécologues obstétriciens
INED : institut national des études démographiques
IVG : interruption volontaire de grossesse
MG : médecins généralistes
PAC : praticien adjoint contractuel
PC : praticien contractuel
PH : praticien hospitalier
SA : semaine d'aménorrhée
SAE : statistique annuelle des établissements
SYNGOF : syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France

1 INTRODUCTION

La femme dispose aujourd'hui d'un droit à la contraception, pour maîtriser sa fécondité et planifier les naissances dans une vie affective et professionnelle, et d'un droit à interrompre une grossesse si elle est en situation de détresse. Ces droits reposent sur deux lois essentielles, la loi Neuwirth et la loi Veil.

Le 28 décembre 1967, la loi Neuwirth rend la contraception légale sous certaines conditions. Sept ans plus tard, le 4 décembre 1974, la loi modifie des dispositions adoptées en 1967 en instaurant, notamment, le remboursement de la contraception par la Sécurité Sociale et la gratuité de celle-ci, dans les centres de planification agrées, pour les mineures et les non-assurés sociaux désirant garder le secret.

Les 17 janvier 1975 et 31 décembre 1979, les lois autorisent la pratique de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) sous certaines conditions (1, 2). L'IVG peut être pratiquée à la demande d'une femme enceinte que son état place dans une situation de détresse. Elle est seule juge de cette situation. Le 31 décembre 1982, la loi autorise le remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale.

Vingt cinq ans après l'instauration de la loi sur l'IVG en France, un bilan a été dressé au travers d'un rapport : le rapport NISAND de février 1999 (12).

La légalisation de l'avortement est largement justifiée par des considérations de santé publique, sa médicalisation a entraîné une chute spectaculaire des décès consécutifs à l'IVG. On comptait un décès par jour consécutif à un avortement dans les années soixante et deux par mois à la veille de la loi de 1975 ; on en compte aujourd'hui moins de deux par an (30).

L'IVG a une réelle incidence sur la santé publique compte tenu du nombre persistant de femmes concernées chaque année, 220 000 IVG en France, soit une IVG pour trois naissances. Alors que la France est en tête des pays européens pour ce qui est de l'utilisation de la contraception[1] (68 % des femmes), le nombre d'IVG est presque trois fois plus élevé qu'aux Pays-Bas et deux fois plus qu'en Angleterre, pays où le délai légal de l'IVG est plus long qu'en France (14).

La méconnaissance de la contraception d'urgence peut expliquer en partie le recours plus important à l'IVG en France que dans les pays voisins. Comme le souligne le rapport 60 % des femmes qui demandent une IVG ne connaissent pas la pilule ou stérilet du lendemain alors, 90 % des Anglaises connaissent la contraception d'urgence (12).

[1] 40% utilisent la pilule, 16 % le stérilet, 7% les méthodes traditionnelles (retrait, abstinence, diaphragmes, ovules) et 5 % le préservatif (enquête de l'INED, 1988).s

Mais l'IVG en France n'est certainement pas un moyen de contraception puisque pour la très grande majorité des femmes (5/6), le recours à l'avortement est un accident et restera unique. Les grossesses accidentelles sont dues, selon le rapport Nisand, pour plus de la moitié à un rapport non protégé, un tiers à un rapport protégé par une méthode contraceptive insuffisamment efficace, et le reste à un oubli de contraception (12).

Mais contraception et avortement ne s'opposent pas toujours nécessairement, la maîtrise toujours plus grande de leur reproduction incite les couples à ne pas accepter les échecs expliquant peut être en partie la résistance à une baisse du nombre des avortements (21, 28, 29).

Si la loi de 1975 est globalement bien appliquée, des difficultés persistent cependant du fait de son hétérogénéité dans son application et de certaines limitations imposées dans la loi notamment au regard de certaines populations. Le délai légal de 12 semaines d'aménorrhée[2] (SA), l'accord parental pour les mineurs, les étrangères résidant en France depuis mois de trois mois pèsent tout particulièrement sur les femmes en situation de précarité ou fragiles et sont à l'origine de la révision de la loi de 1975. De plus, l'allongement des délais de 12 à 14 SA permettra une harmonisation européenne de la législation, la France est un des rares pays avec la Grèce, le Danemark et l'Italie à avoir un délai de 12 SA. Les autres pays européens ont des délais limites compris entre 14 et 22 SA (12).

Dans le cadre de leur mission de service public, les hôpitaux publics ont l'obligation de pratiquer des avortements. Mais il existe des inégalités dans les régions face à la prise en charge des IVG. Les principales anomalies constatées sont : la discontinuité du service public durant la période estivale en matière d'IVG, le faible taux d'IVG médicamenteuse, un faible taux de participation du service public par rapport à la prise en charge de l'IVG dans certaines régions et le nombre insuffisant de praticiens disponibles pour assumer les IVG. Cette dernière anomalie constatée pose le problème du recrutement dans un contexte médical et hospitalier complexe (12).

Les difficultés de recrutement des personnels médicaux et paramédicaux ne s'expliquent pas seulement par les problèmes démographiques liés à la carence en gynécologues obstétriciens. Le contexte hospitalier dans lequel les médecins pratiquent les IVG est aussi responsable de ces difficultés. Dans les hôpitaux, les activités dites " nobles " sont faites par des hospitaliers à plein temps alors que les IVG déconsidérées sont souvent confiées à des vacataires dont c'est la seule fonction hospitalière ou à des jeunes médecins (internes ou stagiaires étrangers). Sans participation réelle des cadres du service, l'activité

[2] Les spécialistes parlent plutôt en semaines d'aménorrhée (absence de règles) il faut rajouter deux semaines au terme exprimé en semaine de grossesse, soit 10 à 12 semaines de grossesse sont équivalentes à 12 à 14 semaines d 'aménorrhée.

d'IVG est ainsi marginalisée. Cette organisation rend compte en partie des problèmes estivaux rencontrés par les hôpitaux où les vacataires prenant leurs vacances ne sont pas remplacés (12).

D'après le rapport, les centres d'interruptions volontaires de grossesse (CIVG)[3] sont les plus concernés par les problèmes de recrutement du fait de leur organisation médicale (12). Ces centres sont sous la responsabilité de médecins vacataires, gynécologues médicaux ou médecins généralistes le plus souvent ayant milité pour le droit à l'IVG dans les années 70. Le départ de cette génération de médecins dans les dix prochaines années et la mauvaise représentation de cet acte chez les médecins rend le renouvellement difficile et peut entraîner la disparition de ces structures.

Mais les hôpitaux aussi commencent à rencontrer des difficultés de recrutement face à la faible considération des IVG aux yeux des médecins comme le montre l'augmentation des rémunérations proposées aux médecins vacataires.

La modification du délai légal de 12 à 14 SA d'après le professeur Nisand risque d'être un frein supplémentaire aux recrutements des médecins pratiquant des IVG pour des raisons éthiques mais aussi techniques (12). Pour une grande majorité des médecins, la limite de 12 semaines est vécue comme le passage de la période embryonnaire à la période fœtale et donc une limite au-delà de laquelle seule une malformation fœtale ou un risque vital pour la mère peut justifier un tel geste. De plus des considérations techniques font modifier les méthodes chirurgicales qui passent de l'aspiration à l'expulsion provoquée ce qui augmente la complexité du geste et le risque médical. Cependant un tiers des demandes d'IVG hors délai sont déjà prises en charge en France au bénéfice du doute sur l'âge gestationnel.

Une augmentation du délai légal de deux semaines ne résoudra que partiellement le problème des femmes qui vont avortées à l'étranger (5000 femmes/an). La proportion de femmes entre 12 et 14 SA, parmi les femmes hors délai, reste très discutée entre les acteurs de l'IVG (12, 16, 17, 23). Le chiffre le plus élevé est avancé par le rapport Nisand, 4000 femmes par an (12).

Suite au travail du comité de pilotage contraception-avortement commencé en 1998 et au rapport Nisand de février 1999 (12), le ministère de l'emploi et de la solidarité a adopté une loi relative à la contraception d'urgence qui permet aux pharmaciens ou aux infirmières

[3] "Ces CIVG autonomes sont sous la responsabilité médicale des médecins qui y travaillent … et sous la responsabilité directe du directeur de l'établissement, ils ont été créés à une période où certains chefs de service faisaient valoir à titre personnel la clause de conscience et refusaient à leurs collaborateurs l'autorisation de faire des IVG dans les services dont ils avaient la charge." Extrait du rapport Nisand 1999

scolaires de délivrer, à une personne majeure ou mineure, une contraception d'urgence sans prescription médicale (3).

Un projet de loi, qui associe dans une même loi des mesures concernant la contraception et l'IVG rénovant les lois Veil sur l'avortement et Neuwirth sur la contraception, est en cours d 'examen (annexe A).

Les mesures en matière de contraception prévoient un programme d'éducation à la santé et à la sexualité dans les collèges et les lycées, la suppression de l'autorisation parentale pour l'accès des mineurs à la contraception orale et l'autorisation de pratiquer une stérilisation volontaire à visée contraceptive (18).

Concernant l'IVG, le projet de loi prévoit des dispositions consensuelles comme la suppression des sanctions pénales liées à la propagande et à la publicité pour l'IVG, la possibilité de sanctionner tout acte empêchant ou tentant d'empêcher une IVG (200 000 F d'amende et deux ans d'emprisonnement) et la suspension de la condition de résidence pour les femmes d'origine étrangère.

D'autres dispositions sont plus polémiques comme l'aménagement du droit d'accès des mineurs à l'IVG, l'allongement des délais légaux de l'IVG de 12 à 14 SA et la suppression d'obligation de la consultation sociale excepté pour les mineurs.

Certaines mesures permettront de réorganiser la prise en charge des IVG notamment d'élargir sa prise en charge à la médecine ambulatoire dans le cadre des réseaux de soins ville-hôpital, et d'obliger tout chef de service désigné par le conseil d'administration d'un établissement public, d'organiser la pratique des IVG même s'il ne veut pas en pratiquer lui-même en invoquant la clause de conscience[4].

Ce texte adopté en première lecture par l'Assemblée Nationale le 5 décembre 2000 est, en mars 2001, en cours d'examen devant le Sénat.

Parallèlement à ce projet de loi, en janvier 1999, sont créées, auprès des directions régionales des affaires sanitaires et sociales, les Commissions Régionales de la Naissance (CRN, 4) chargées de contribuer à la définition et à la mise en oeuvre de la politique périnatale de la région. Une circulaire, en juillet de la même année, ajoute aux missions des CRN, la régulation des naissances c'est à dire la contraception et les IVG mais sans obligation d'inclure des professionnels de l'IVG dans leur composition (5). Enfin, une autre circulaire en novembre 1999 précise que la composition des CRN doit comprendre deux représentants d'association, un oeuvrant dans le domaine de la contraception et un dans celui de l'IVG (7). Elle rappelle aussi quelques principes en matière d'IVG et de service

[4] Selon l'article L2212-8 actuellement en vigueur, lorsque le chef de service concerné refuse d'assumer la responsabilité des IVG, c'est le conseil d'administration qui doit créer une unité dotée des moyens permettant leurs pratiques.

public comme la continuité du service notamment en période estivale et charge la CRN de recenser les difficultés rencontrées par les femmes souhaitant accéder à la contraception ou à l'IVG, de les analyser et de proposer des mesures pour y remédier. La circulaire de juin 2000 complète le dispositif en mettant en place et en finançant des permanences téléphoniques régionales d'information et d'orientation des femmes assurant la continuité du service public pendant l'été (9).

Enfin une campagne d'information nationale sur la contraception s'est déroulée en janvier 2000 relayée au niveau départemental par des actions locales de communication (8), la dernière campagne consacrée exclusivement à la contraception datait de 1982.

Depuis le rapport Nisand (12), de nombreuses enquêtes sur le système de soins ont été effectuées (11) ou sont en cours. Seize régions réalisent actuellement un bilan de l'existant en matière d'accès des femmes aux structures réalisant des IVG au moyen d'enquêtes régionales. La qualité de prise en charge des femmes et la qualité du recueil des données concernant la pratique des IVG sont les thèmes les plus souvent abordés.

Le dispositif mis en place par le gouvernement depuis deux ans et les réformes en cours des lois Veil et Neuwirth, prennent bien en compte les mesures proposées par le rapport Nisand et semblent répondre à l'attente des femmes et de presque l'ensemble des professionnels.

Seul les problèmes du recrutement et du renouvellement des médecins pratiquant des IVG n'ont pas été vraiment abordés par toutes les réformes récentes. Une enveloppe budgétaire spécifique de 12 MF a été attribuée aux établissements sous dotation globale à la fin de l'année 1999, pour permettre le recrutement de personnels médicaux et non-médicaux dans les centres d'orthogénie et pour améliorer le statut des personnels qui y sont affectés (6, 10). Le montant de cette enveloppe spécifique, pour la région Bretagne, a été de 150 000 F.

Ces mesures seront-elles suffisantes pour résoudre le problème de recrutement émergeant et correspondent-elles à ce que demandent les professionnels ? L'allongement des délais légaux de l'IVG va t-il accentuer la carence de médecin ? L'obligation pour les chefs de service d'organiser les IVG au sein de leur service peut-elle résoudre les problèmes de recrutement ?

La question du recrutement du personnel médical et de son renouvellement loin du contexte militant des premières années est un enjeu important pour les prochaines années pour améliorer la réponse du service public à l'interruption volontaire de grossesse.

Pour toutes ces raisons, il est apparu intéressant, au sein de la CRN de la région Bretagne, de mieux connaître les médecins qui pratiquaient les IVG pour identifier leurs

difficultés, de recenser les difficultés des établissements pour recruter des praticiens et d'en comprendre les raisons et, devant la controverse soulevée par l'allongement des délais légaux parmi les experts médicaux, de recueillir l'opinion et l'attitude des médecins sur ce point.

Ce mémoire est divisé en cinq parties, l'introduction, la méthodologie, les résultats, la discussion et des propositions.

Les résultats permettront d'apprécier, tout d'abord, le contexte évolutif des IVG en Bretagne. Puis la population des médecins bretons pratiquant des IVG sera caractérisée, à partir du fichier ADELI, en fonction du statut, de la qualification, du sexe et de l'âge des médecins qui la composent.

Les pratiques médicales en matière d'IVG et les difficultés éventuelles rencontrées seront d'explicitées par l'analyse d'une enquête par questionnaire auprès des médecins recensés. L'opinion et l'attitude des médecins, qui pratiquent les IVG au quotidien, face aux modifications législatives concernant l'allongement des délais légaux des IVG, seront tout particulièrement étudiées ainsi que les conséquences en matière d'organisation de l'IVG.

Quelques entretiens avec des directeurs des affaires médicales et des médecins des établissements publics de la région complèteront les données précédentes et permettront d'aborder les difficultés rencontrées lors de recrutement de médecins pratiquant des IVG.

Quelques scénarios seront construits pour quantifier les besoins en médecins pour 2005 voire 2010.

Enfin seront présentées des propositions pour organiser l'IVG et pour rendre la fonction médicale plus attractive.

2 MATERIEL ET METHODES

Plusieurs outils méthodologiques ont été utilisées en fonction des objectifs à atteindre.

L'évolution du nombre de femmes ayant recours à l'IVG en Bretagne a été déterminée à partir des données existantes à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). La caractérisation des médecins pratiquant des IVG a été effectuée à partir du fichier ADELI. Les informations sur la pratique médicale et les conditions de recrutement ont été obtenues à partir d'une enquête auprès des médecins pratiquant des IVG, complétées par une série d'entretiens auprès de directeurs des affaires médicales et des médecins de quelques établissements.

2.1 Evolution du nombre des IVG

L'évolution du nombre de femmes ayant recours à l'IVG en Bretagne a été précisée par deux sources de données, les bulletins statistiques et les données statistiques annuelles des établissements (SAE).

Une des difficultés a été de comprendre le circuit de l'information statistique et d'identifier les services à contacter pour obtenir des données régionales sur 10 ans.

Les informations des bulletins statistiques sont contenues dans les annuaires de statistiques de l'avortement en France de l'institut national des études démographiques (INED) (32) qui regroupent les IVG pratiquées en France et en région en fonction des critères des bulletins statistiques. Les données SAE ont été extraites des mémentos STATISS (31).

2.1.1 Le bulletin statistique d'interruption volontaire de grossesse

L'IVG est, en France le seul acte médical ou médico-chirurgical dont la réalisation nécessite une déclaration pour ne pas être illégal sous forme d'un bulletin statistique individuel, anonyme, qui est adressé sous pli confidentiel par les établissements hospitaliers aux médecins inspecteurs régionaux des DRASS. La DRASS contrôle les informations et renvoie les bulletins aux établissements s'il manque des informations médicales (antécédents de grossesse + cadre C). En fin d'année elle établit un récapitulatif concernant le nombre d'IVG par mois et par département qui est envoyé à la DRESS et à l'INSERM.

L'article 16 de la loi de 1975 sur l'IVG charge l'INED d'analyser les données démographiques, et l'INSERM d'analyser les données médicales contenues dans le bulletin et de publier les statistiques d'IVG à partir du document de déclaration obligatoire. Depuis 1990, le traitement des bulletins est placé sous la responsabilité de la direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques du ministère de l'emploi et de la solidarité (DRESS). La France dispose de données statistiques depuis 1976.

Les seules données régionales accessibles sont celles publiées par l'INED dans l'annuaire des statistiques de l'avortement en France jusqu'en 1996, en effet, les DRASS contrôlent les informations mais ne les analysent pas pour les régions. Depuis 1997 le circuit de traitement des données a été modifié, seul l'INSERM analyse les données par une convention signée entre l'Etat et l'INSERM. Actuellement l'INSERM continue de recevoir les bulletins mais n'a pas signé de convention avec le ministère de la santé pour en assurer l'exploitation (situation de blocage). Les conséquences sont que l'INED ne dispose plus des données et que l'INSERM n'a pas encore publié de tableaux récapitulatifs.

Les statistiques qui étaient publiées annuellement avec un décalage de une année en 1994 sont publiées avec 3 voire 5 années de décalage en l'an 2001, les derniers chiffres

disponibles à partir des bulletins sont de 1997, la vérification et l'exploitation des bulletins 1998 n'étant pas achevées (15, 27).

2.1.2 Les statistiques annuelles des établissements

Elles constituent la deuxième source d'information pour les IVG. Les établissements publics ou privés sont tenus de faire figurer de manière exhaustive l'ensemble des IVG effectuées, chaque année dans les établissements. La DRASS et la CRAM éditent conjointement chaque année un recueil des statistiques annuelles des établissements avec un décalage d'une année.

Le rapprochement des données SAE et des bulletins statistiques permet d'évaluer le nombre d'IVG sous déclarées à 12% pour la France entière, réparties entre 5 % dans le secteur public et 25 % à 50 % dans le secteur privé (12, 21). Au total c'est 25 000 IVG supplémentaires déclarées via les statistiques annuelles des établissements par rapport au bulletin. Les médecins du secteur privé sous déclareraient pour éviter la procédure contraignante prévue par les textes et pour respecter les cotas imposés par la loi, ils feraient passer l'IVG en acte chirurgical coté à KC30 (21).

2.2 Caractérisation des médecins pratiquant des IVG

Après un recensement des médecins pratiquant des IVG auprès des établissements, la consultation du fichier ADELI de la DRASS a permis de caractériser cette population.

2.2.1 Recensement

Une liste des établissements de la région Bretagne pratiquant les IVG, a été établie, tout d'abord, grâce aux données SAE qui donnent le nombre d'IVG réalisées par établissement public ou privé.

L'ensemble des services de planification de ces établissements a été contacté par téléphone afin de connaître l'identité des médecins pratiquant des IVG. Ce recensement a permis d'établir que 136 médecins ont pratiqué 7468 IVG en Bretagne dans 37 établissements, en 1999. Ces médecins ont été caractérisés, grâce à la consultation du fichier ADELI, selon leur âge, leur sexe, leur statut, et leur qualification.

2.2.2 Exploitation du fichier ADELI

Les répertoires ADELI recensent tous les professionnels en exercice tenus de faire enregistrer leurs diplômes auprès de la DDASS de leur département (24). Ces répertoires sont gérés et coordonnés à l'échelon statistique de chaque DRASS puis DRESS. Les

médecins qui y sont comptabilisés ont soit une activité régulière libérale ou salariée, soit une activité de remplacement. Parmi les médecins généralistes, certains n'ont aucune qualification d'exercice, d'autres sont compétents ou possèdent une capacité dans une spécialité, d'autres encore pratiquent des modes d'exercices particuliers au sens de la CNAMTS (homéopathes, acupuncteurs). Les diplômes "nouveau régime" (depuis la réforme des études médicales) sont qualifiés en médecine générale. Les spécialistes sont qualifiés par l'Ordre National des Médecins dans les différentes disciplines de qualification reconnues et selon leur diplôme d'études spécialisées obtenu à l'issue de l'internat pour les nouveaux diplômés (1988). Les médecins hospitaliers et salariés possédant un certificat d'études spéciales ou titulaires d'un concours hospitalier sont considérés comme des spécialistes.

A partir de leur identité, 90 et 100 % des médecins du secteur privé a été retrouvé dans le fichier ADELI contre seulement 80 % des médecins du secteur public. Une recherche élargie a permis de ramener à 10 % le taux de médecins non identifiés par le fichier ADELI puis un contact téléphonique direct avec les services des personnels des établissements a permis de compléter les données manquantes.

Ces données ont pu être comparées aux données démographiques sur les gynécologues établies en 1998 par la DRASS de Bretagne à partir du fichier ADELI.

2.3 Recherche des facteurs déterminants dans la pratique médicale des IVG et dans le recrutement des médecins

Les objectifs principaux étaient de connaître les pratiques médicales en matière d'IVG, d'identifier les difficultés éventuelles de recrutement de médecins et d'évaluer l'effet de l'allongement des délais légaux de l'IVG sur la pratique médicale.

L'approche méthodologique a été double à la fois, quantitative, par un questionnaire s'adressant à l'ensemble des médecins recensés pratiquant des IVG et, qualitative, par une série d'entretiens ciblés sur les directeurs des affaires médicales des établissements et les médecins de la nouvelle et de l'ancienne génération pratiquant des IVG.

2.3.1 Enquête par questionnaire

Un questionnaire a été adressé nominativement à l'ensemble des médecins recensés pratiquant des IVG (136). Ce questionnaire (annexe B) comporte 25 questions ouvertes ou fermées et il est divisé en trois parties.

La première partie explore les caractéristiques des médecins en 9 questions : le nom, l'âge, le sexe, l'année de thèse de docteur en médecine, la qualification, l'année de la première expérience dans ce domaine, la formation, le statut et la rémunération. Le

traitement choisi des trois variables quantitatives fut la transcription exacte de l'année. Sinon, toutes les autres questions sont semi-ouvertes c'est-à-dire que les modalités de réponse sont imposées en laissant une case ″autre ″ et l'enquêté doit cocher sa ou ses réponse(s). Toutefois, la question concernant la satisfaction ou non de la rémunération est une question filtre. Si le médecin répond non à cette question, il peut le justifier. La question 8 qui concerne le mode de rémunération pour la pratique des IVG est uniquement présente pour pouvoir vérifier la fiabilité du statut. Ainsi si le médecin est un attaché il ne peut que répondre à cette question ″ vacation normale ″.

La deuxième aborde les questions d'organisation à la fois de la pratique des IVG (questions 10 à 15), du service d'orthogénie dans lequel il travaille (questions 16 à 17) et du remplacement des médecins pratiquant les IVG en cas de départ ponctuel ou définitif (questions 18 à 21). Les questions 10 à 13 demandent une transcription exacte d'un nombre d'IVG ou de consultations par mois. La question 14 concerne uniquement les médecins du secteur privé. Les autres questions se présentent pour la plupart sous la forme de question filtre.

La dernière partie, quant à elle, soulève les questions de l'opinion et du comportement des médecins concernant le projet d'allongement des délais légaux de l'IVG de 12 à 14 SA (questions 22 à 25).

Au sein des questions fermées 22 et 24, on propose au médecin la réponse ″sans opinion ″. La question 23 qui nécessite une projection dans le futur est une question fermée dont les deux premières modalités sont nuancées et la dernière modalité renvoie à une question ouverte pour pouvoir laisser les médecins s'exprimer. La dernière question, qui est une question filtre, laisse libre le médecin de s 'exprimer sur les modifications qu'il souhaiterait pour pouvoir améliorer au mieux la prise en charge des femmes.

Le questionnaire a été adressé le 27 novembre 2000 nominativement aux 136 médecins recensés avec un délai de retour fixé au 20 décembre. Une relance par courrier a été effectuée le 4 janvier 2001 avec un délai de retour au 18 janvier.

Certaines questions du questionnaire n'ont pas été analysées soit parce que les réponses étaient incohérentes (questions 16, 16 bis, 17 et 17 bis), soit parce que le taux de non réponse était trop important (questions 10, 12, 13).

Après une vérification du niveau d'exhaustivité des informations recueillies, les données ont d'abord été analysées quant à la représentativité des répondants au questionnaire par rapport à l'ensemble des médecins recensés. Les critères de comparaisons ont été : l'âge, le secteur public / privé, le sexe, la qualification et le nombre d'établissements par département. Les résultats descriptifs des réponses ont été complétés

par la recherche d'associations statistiques entre variables qualitatives. Les comparaisons effectuées dans l'analyse de la représentativité et dans l'analyse des réponses sont des tests de χ^2 pour estimer le niveau de signification statistique des associations explorées.

Dans l'analyse de l'enquête par questionnaire, on a systématiquement recherché des liens éventuels entre les pratiques médicales et les variables secteur d'activité, la qualification et le statut, ou entre les différences d'opinion et les mêmes variables. Quand des différences apparaissent les résultats sont donnés séparément.

2.3.2 Entretiens

Des entretiens auprès de trois types de populations ont été réalisés; des directeurs des affaires médicales pour recenser les modalités et les difficultés de recrutement (temps, procédures), des médecins appartenant soit à la nouvelle génération, soit à la génération militante de l'IVG pour comprendre les raisons et les solutions liées aux difficultés de recrutement.

Dans un premier temps, il a fallu recenser les établissements qui avaient du effectuer des recrutements récents (en cours des années 1999-2000) de médecins pour pratiquer des IVG. Ces établissements ont été identifiés en sélectionnant ceux dans lesquels des médecins avaient moins de 40 ans ou avaient une pratique récente des IVG (moins de 2 ans), cette information était fournie par le questionnaire. Parmi les 37 établissements pratiquant des IVG en Bretagne, en fonction des critères définis ci-dessus, huit établissements publics et une clinique privée ont été recensés, trois dans le Finistère, trois dans les Côtes d'Armor, deux dans l'Ille et Vilaine et un dans le Morbihan. Sur les 8 sélectionnés, un recensement téléphonique effectué auprès des surveillantes ou des secrétaires des centres de planification ou des chefs de service des services de gynécologie obstétrique a permis d'éliminer deux établissements publics où le recrutement des médecins n'avait posé aucun problème.

En raison du temps disponible et de la faible proportion d'établissements privés concernés, l'enquête a porté uniquement sur les problèmes de recrutement dans les établissements publics. Quatre établissements sur les six recensés, ayant eu des difficultés de recrutement, ont pu être enquêtés dans 3 départements sur quatre. Les établissements visités sont : dans le département des Côtes d'Armor, celui qui réalise le plus d'IVG sur le département (30%) et un qui n'en réalise que 4,5 % ; le premier établissement en nombre d'IVG réalisées dans le Finistère (36 %) et le deuxième établissement du Morbihan (35 % des IVG).

Dans chaque établissement recensé, les directeurs des affaires médicales et les médecins de la nouvelle génération (âgés de moins de 40 ans ou qui pratiquent des IVG depuis moins de 5 ans) ont été rencontrés individuellement pendant 45 à 60 minutes pour un entretien semi-directif selon les guides d'entretien présentées dans l'annexe E.

L'échantillon des médecins interrogés se répartit comme suit:

- 2 médecins de plus de 40 ans mais ayant une expérience récente en matière d'IVG (moins de 2 ans) sur les 7 identifiés, un avec un statut de praticien contractuel et un autre "salarié payé à l'acte".
- 4 médecins de moins de 40 ans sur les 12 identifiés en région Bretagne, deux hommes deux femmes, deux médecins généralistes praticiens contractuels, deux gynécologues obstétriciens praticiens hospitaliers.

De plus, 3 médecins de la dite « génération militante » ont été interviewés deux à leur cabinet de consultation et un au téléphone après prise de rendez-vous téléphonique.

3 RESULTATS

3.1 Evolution du nombre des IVG

En 1998, 7523 IVG ont été pratiquées en Bretagne, chiffre proche des données de 1991 avec 7481 IVG (0,5 % de hausse). Ils représentent 3,8 % des IVG français en 1991 et 1998 (Tableau 1). Durant cette même période, la population des femmes de 15 à 49 ans et le nombre d'accouchements ont augmenté en Bretagne (respectivement de 4 %, et de 2,4 %) alors qu'en France le nombre de femmes de 15 à 49 ans progressait seulement de 2,7 % et le nombre d'accouchements diminuait de 4 % .

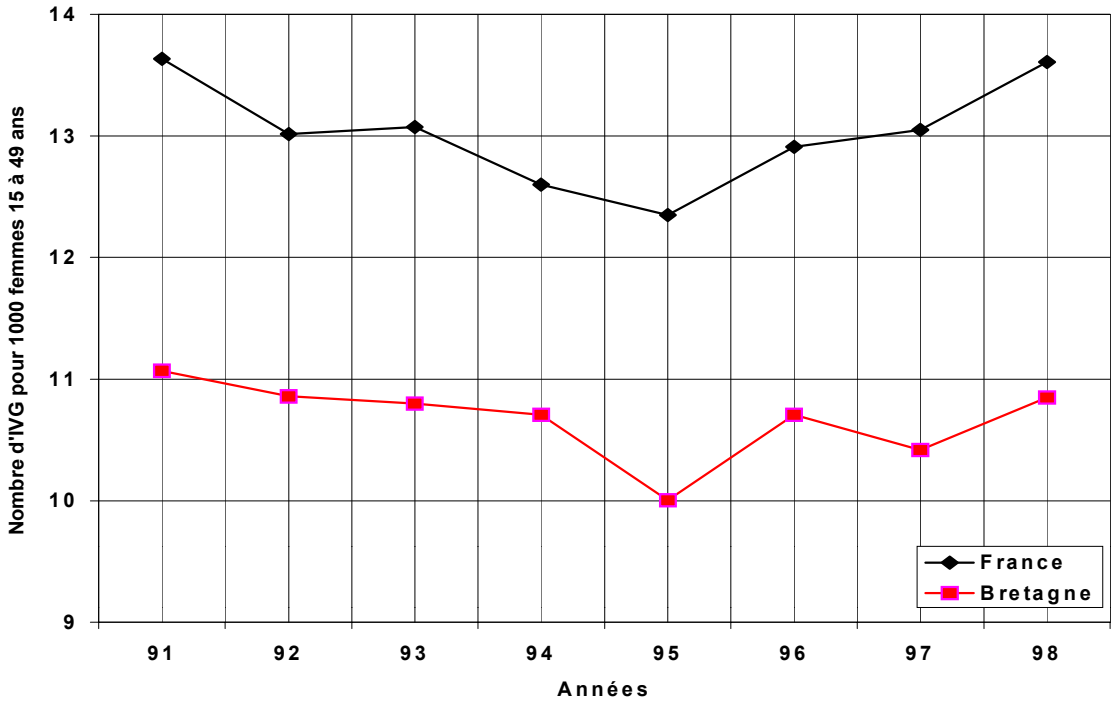
Tableau 1: Evolution du nombre d'IVG en Bretagne et en France entre 1991 et 1998

Les données sont extraites des statistiques annuelles des établissements. Les pourcentages entre parenthèses expriment les variations entre 91 et 98.

	BRETAGNE		FRANCE	
	1991	1998	1991	1998
Nombre d'IVG	7 481	7 523 (+ 0,5 %)	195 278	198 875 (+ 1,8 %)
Nombre de femmes de 15 à 49 ans.	666 183	693 400 (+ 4 %)	14 219 876	14 611 900 (+ 2,7 %)
Nombre d'accouchements	34 082	34 925 (+ 2,4 %)	759 633	727 136 (- 4 %)
Taux d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans	11,1	10,9 (- 2 %)	13,6	13,6
Taux d'IVG pour 100 accouchements	22	21,5 (- 2 %)	25,7	27,4 (+ 6,6 %)

Le nombre d'IVG en Bretagne, rapporté au nombre de femmes considérées comme en âge de procréer (c'est à dire les femmes de 15 à 49 ans) est inférieur de 20 % au nombre d'IVG en France en 1998; 10,9 ‰ versus 13,6 de moyenne en France. On assiste à une stagnation du nombre d'IVG puisque ces chiffes, entre 1991 et 1998, ont peu diminué en Bretagne et stagné en France (Tableau 1).

Figure 1: Evolution du nombre d'IVG en fonction du nombre de femmes en âge de procréer (SAE)

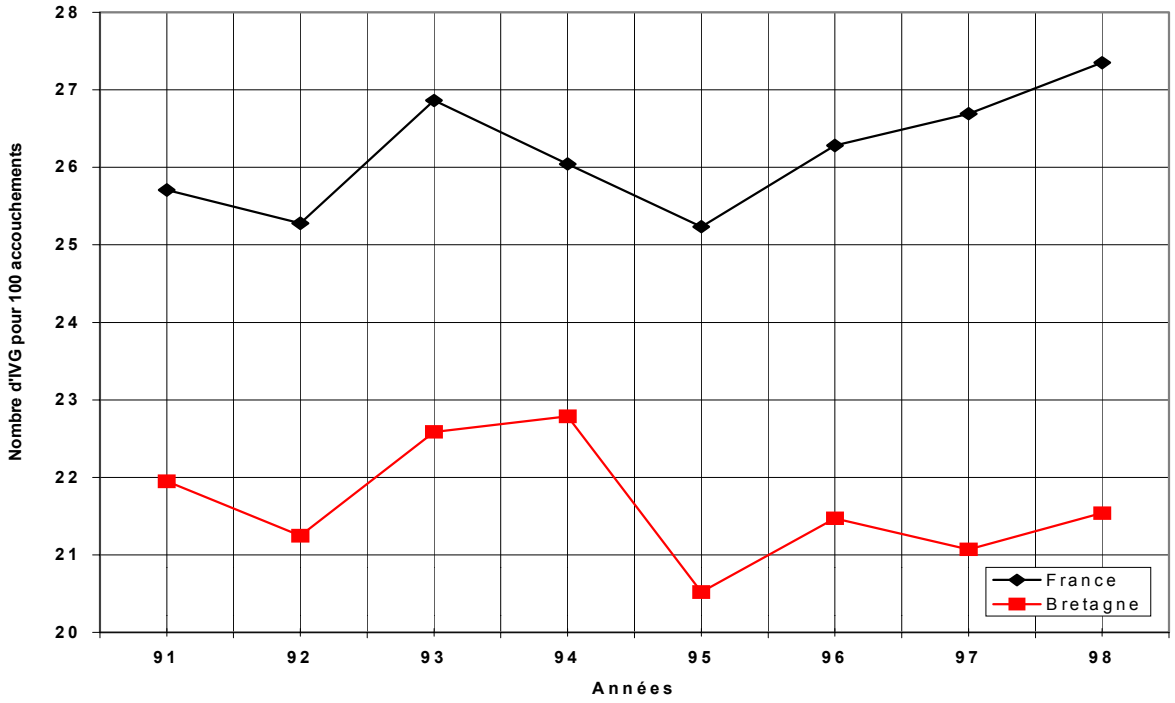


Plus précisément, l'évolution du nombre d'IVG entre 1991 et 1998 (Figure 1) montre, en France et en Bretagne, une diminution de 10 % du nombre des IVG entre 1991 et 1995 puis une augmentation pour atteindre, en 1998, le taux de 1991.

Toutefois, il faut noter qu'à partir de 1991, les femmes nées dans les années d'après-guerre arrivent dans la tranche d'âge des 45-49 ans, au sein de laquelle les IVG sont rares (0,7 ‰). L'augmentation importante du nombre de femmes dans cette tranche d'âge exerce un effet mécanique à la baisse sur le taux des IVG.

Pour corriger cet effet, le nombre des IVG a été rapporté au nombre d'accouchements (Figure 2).

Figure 2 : Evolution du nombre d'IVG en fonction du nombre d'accouchements (SAE)

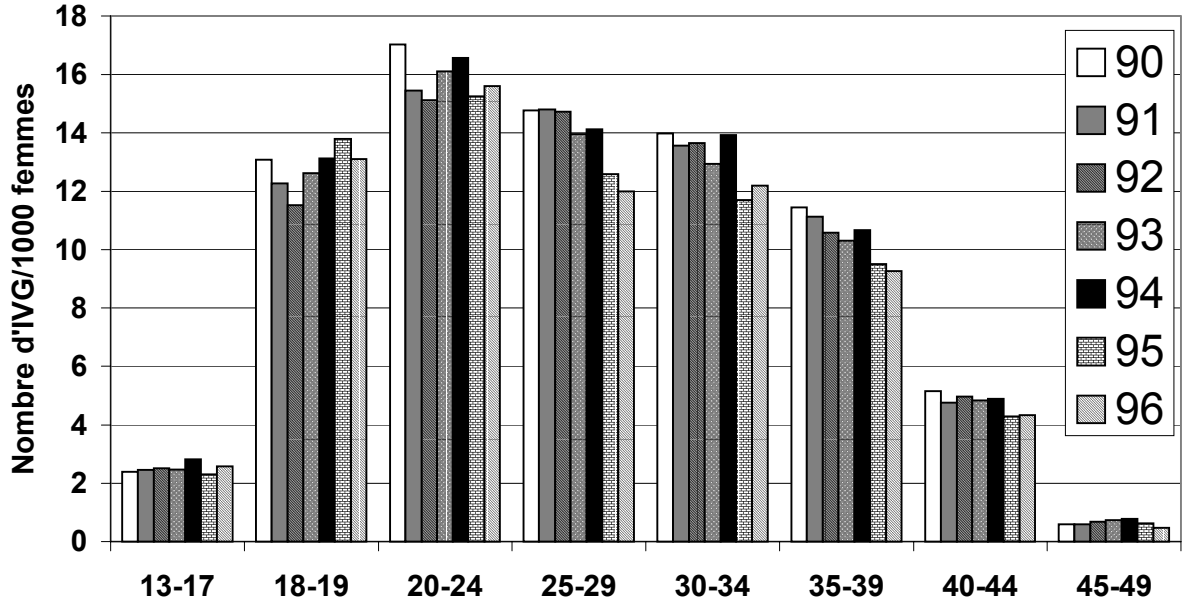


Le nombre d'IVG en 1998 rapporté au nombre d'accouchements reste inférieur en Bretagne comparé à la France (- 22 %). L'évolution de ce taux montre, en France, une progression de 7 % entre 1991 et 1998 alors qu'en Bretagne il reste constant voire baisse de 2 %. Cette baisse a été confirmée en 1999 (- 4%). Le taux le plus bas d'IVG, en France et en Bretagne, est retrouvé à nouveau, en 1995 (respectivement 25,2 et 20,5 IVG pour 100 accouchements). Depuis, ce taux a augmenté de 5 % en Bretagne et de 9 % en France.

Seules les données publiées par l'INED permettent d'étudier les répartitions du nombre d'IVG par tranche d'âge en Bretagne, mais la dernière publication date de 1996 (Figure 3). Ce sont les femmes âgées entre 20 et 24 ans qui ont les taux les plus élevés d'IVG (15,6 ‰). Le recours à l'IVG, entre 1990 et 1996, a diminué pour toutes les tranches d'âge comprises entre 20 et 49 ans, cette diminution se situe entre 13 et 19 % pour les tranches d'âge de 25 à 49 ans et à 8 % pour la tranche d'âge 20-24 ans. C'est pour la tranche d'âge des 13-17 ans que le taux d'IVG a augmenté (+ 8 %) alors qu' il a stagné pour la tranche des 18-19 ans.

En 1996, en Bretagne, 25 % des IVG étaient pratiquées chez des femmes de 20 à 24 ans, et 12 % chez des jeunes filles de moins de 20 ans

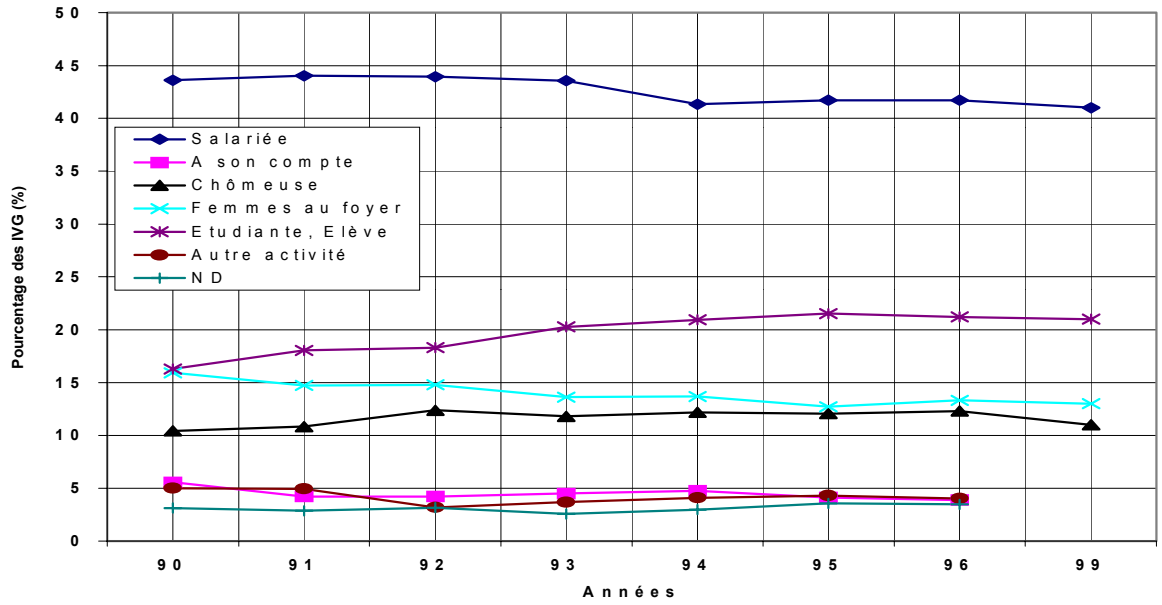
Figure 3 : Nombre d'IVG par classe d'âge (INED)



Les données des bulletins statistiques permettent de connaître les activités des femmes ayant recours à l'IVG. Dans une étude faite à la DRASS Bretagne en 1999 à partir des bulletins statistiques (étude non publiée), la répartition des IVG selon l'activité des femmes étaient : 41 % de salariées, 21 % d'étudiantes ou élèves, 13 % de femmes au foyer, 11 % de chômeuses et 14 % de non déterminées.

L'évolution depuis 1990 (Figure 4) montre une augmentation de la proportion des étudiantes et des élèves surtout depuis 1993 et une hausse de la proportion de chômeuses. Ces données pour être validées devront être ramenées à la démographie des étudiantes, des élèves et des chômeuses de la région Bretagne qui a probablement progressé ces dix dernières années.

Figure 4 : Evolution de la proportion des femmes ayant recours à l'IVG par type d'activité (INED)



Toutefois, ces résultats confirment les constats des deux associations rencontrées, en particulier l'augmentation des étudiantes candidates à l'IVG à Rennes, la raison évoquée est une utilisation du préservatif comme moyen privilégié de contraception, dû au centrage de l'attention des jeunes sur la prévention du SIDA, le risque de grossesse étant devenu secondaire. L'augmentation des IVG chez les mineures est expliquée par des médecins interrogés et par une secrétaire médicale d'un centre d'orthogénie[5] public, par l'arrêt d'une contraception sans raison apparente ou face à des contre-indications médicales comme par exemple le tabagisme.

En conclusion, la Bretagne a un taux d'IVG plus faible que la moyenne nationale. Mais ce taux, après avoir diminué jusqu'en 1995, remonte progressivement et devient proche de celui de 1991.

[5] Le terme d'orthogénie regroupe l 'ensemble des activités liées à la maîtrise de la fécondité.

On notera en Bretagne comme en France la progression de la proportion des IVG chez les jeunes adolescentes entre 13 et 17 ans notamment l'augmentation semble-t-il de la proportion des étudiantes et des élèves ayant recours à l'IVG.

3.2 Organisation de la pratique IVG dans les services d'orthogénie

En Bretagne, la prise en charge des IVG est assurée par 37 établissements répartis sur les quatre départements, 22 appartiennent au secteur public et 15 au secteur privé (dont 1 participant au service public hospitalier). Au cours de l'année 1999, le système public a pris en charge 77 % des IVG ce qui est conforme à la prise en charge par le secteur public des deux tiers environ des IVG réalisées sur l'ensemble du territoire français (12). La prise en charge par le secteur public est variable selon les départements, elle est respectivement de 87 % pour le Morbihan, 80 % pour l'Ille et Vilaine, 74 % pour les Côtes d'Armor, et 67% pour le Finistère. Plus de 50 % des IVG sont réalisées dans seulement 6 établissements (tous publics par ailleurs, dont 5 réalisent plus de 400 IVG/an) et plus de 20 % des IVG sont réalisées par un seul établissement le CHR de Rennes (annexe D).

En France on dénombre entre 66 et 150 centres d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) ou centres autonomes dans le secteur public qui prennent en charge 1/3 des IVG (chiffres variables selon les sources : 11, 15), la Bretagne se distingue par l'absence de ce type de structure. Tous les services d'orthogénies bretons sont soit des unités fonctionnelles rattachées à un service avec des affectations de personnels et des locaux spécifiques, soit des unités intégrées à un service sans affectation de personnels et de locaux spécifiques.

Le centre d'orthogénie de Rennes est l'établissement dont le fonctionnement est le plus proche d'une structure autonome puisque les consultations pré ou post IVG, les IVG et l'hospitalisation des femmes sont réalisées dans une structure géographiquement autonome avec des personnels spécifiques. Mais l'autonomie n'est pas totale car le responsable du centre est un praticien hospitalier du service de gynécologie. Pour les personnels rencontrés c'est une bonne organisation pour les femmes et pour exercer leur pratique.

L'ensemble des autres professionnels rencontrés ne revendique **pas une structure d'hospitalisation spécifique pour les femmes après l'IVG**. Quelques uns critiquent ce type d'organisation et parlent même de « ghettos ». Les services de chirurgie ambulatoire ou de gynécologie chirurgicale semblent bien adaptés pour recevoir ces femmes, à condition que le personnel qui y travaille soit sensibilisé voire formé pour les accueillir. La rencontre des femmes avec l'équipe soignante de ces services, avant l'IVG, comme cela se pratique dans un établissement, facilite grandement la prise en charge psychologique des femmes selon les témoignages des personnels du centre de planification.

A l'extrême, dans certains cliniques privées, les IVG étant pratiquées par les gynécologues obstétriciens, les locaux et le personnel sont communs au service de gynécologie chirurgicale et d'obstétrique. En particulier les femmes décidant d'interrompre leur grossesse peuvent être amenées à partager la salle d'attente avec des femmes enceintes.

Les contraintes autour des blocs opératoires semblent être une source importante de dysfonctionnements dus au **partage des blocs opératoires** avec les interventions chirurgicales. En effet, les interventions chirurgicales étant prioritaires, les IVG sont souvent retardées dans les programmes opératoires voire reportées. Pour d'autres, les blocs opératoires sont paradoxalement suréquipés pour la pratique des IVG sous anesthésie locale.

Selon le recensement effectué pour cette étude, le nombre des médecins pratiquant des IVG dans les établissements bretons était de 136 à la fin de l'année 2000. Les 71 médecins du secteur public réalisaient 77 % des IVG et les 65 médecins du secteur privé les 23 % restant. Ceci dénote une organisation différente de la pratique des IVG entre les deux secteurs : dans le secteur privé une activité dispersée entre de nombreux médecins (en moyenne 2 IVG par mois pour un médecin[6]) alors que dans le secteur public cette activité est plus concentrée sur certains médecins (en moyenne 7 IVG par mois). Les valeurs extrêmes sont comprises entre 1 IVG par mois et par médecin dans quelques établissements privés à 15 IVG par mois et par médecin dans le secteur public plus particulièrement dans le centre qui pratique le plus d'IVG dans la région. Le faible nombre d'IVG réalisé par le secteur privé est probablement sous estimé du fait de la sous déclaration des IVG, bien que dans notre enquête 75 % des médecins du secteur privé qui ont répondu affirment que le quota d'IVG est sans conséquence sur la pratique et sur la déclaration par le bulletin statistique des IVG (annexes C).

Dans le secteur public**,** la pratique des IVG peut être réalisée par une équipe médicale complètement indépendante du service de gynécologie obstétrique comme cela est le cas au CHR de Rennes, les médecins pratiquant les IVG sont des médecins généralistes. Dans d'autres établissements les médecins pratiquant les IVG sont tous des praticiens hospitaliers du service de gynécologie obstétrique. Enfin il existe des organisations mixtes où des médecins extérieurs au service, médecins généralistes (MG) ou gynécologues médicaux (GM) et des praticiens hospitaliers du service de gynécologie

[6] Chiffres obtenus en divisant le nombre d'IVG par établissement, donné dans l'annexe D, par le nombre de médecins recensés par établissement.

obstétrique réalisent des IVG. Cela va d'une participation équitable entre médecins, à l'intervention des internes du service puis des praticiens hospitaliers en cas de surcharge en nombre d' IVG (période estivale, médecins absents, etc..).

Les consultations pré et post IVG et l'acte lui-même d'IVG ne sont pas réalisés forcément par les mêmes équipes médicales. Dans certains établissements les médecins du centre de planification familiale localisé dans le centre hospitalier ne réalisent que les consultations et ce sont les gynécologues obstétriciens (GO) du service de gynécologie obstétrique qui réalisent les IVG. Les personnels à la fois du centre de planning familial et les médecins pratiquant l'IVG interrogés trouvent cela plus confortable pour leur propre pratique « chacun a son rôle et partage la responsabilité de l'acte : la conseillère conjugale entend les raisons, le médecin du planning organise l'IVG, et le gynécologue obstétricien réalise l'acte sans en connaître les raisons» et moralement pour la femme « l'acte est plus anonyme surtout vis à vis du gynécologue obstétricien qui un jour suivra peut être sa grossesse désirée» . Pour d'autres médecins, la prise en charge des femmes ne peut être que globale de la consultation pré IVG en passant par l'IVG lui-même, puis à la consultation post IVG.

Derrière ces modes d'organisation très variés pour répondre aux demandes d'IVG, existe une population médicale très diverse et mal connue.

3.3 Caractérisation des médecins pratiquant des IVG

Les médecins recensés ont été caractérisés selon certains critères comptabilisés par le fichier ADELI c'est à dire le sexe, l'âge, la qualification et le statut.

3.3.1 Une faible participation des femmes

Seul 18 % des médecins pratiquant des IVG sont des femmes (Tableau 2). La quasi-totalité d'entre elles sont des spécialistes (92 %) surtout représentés par des gynécologues obstétriciens (75 %), et quelques gynécologues médicaux (17 %). Les autres (8 %) sont des médecins généralistes.

Tableau 2 : Part des femmes dans les médecins pratiquant des IVG

	Total		Secteur privé		Secteur public	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Ensemble des médecins	136	100	64	47	72	53
Femmes	24	18	8	13	16	22

Source des données : fichier ADELI

Alors qu'on compte une femme sur deux parmi les gynécologues, elles représentent 87 % des gynécologues médicaux mais seulement 35 % des gynécologues obstétriciens et chirurgicaux en France (24)[7]. En Bretagne, elles représentent 40 % des gynécologues, 88 % des gynécologues médicaux et seulement 30 % des gynécologues obstétriciens. Elles sont plus représentées dans le secteur public (22 %) que dans le secteur privé (13 %). Leur présence plus importante dans le secteur public que salarié est probablement le reflet de la part plus importante des femme en exercice salarié (48 %) qu'en exercice libéral (28 %), en France, toute activité médicale confondue (24).

3.3.2 Une population vieillissante

L'âge moyen des médecins pratiquant des IVG est de 50 ans (Tableau 3). Cet âge moyen n'est pas significativement différent si l'on considère les médecins du secteur privé et du secteur public ou si seul l'âge moyen des spécialistes (en excluant les médecins généralistes) est pris en compte.

Tableau 3 : Age des médecins pratiquant des IVG

Age	Total	Secteur privé	Secteur public
	Moyenne ± ET	Moyenne ± ET	Moyenne ± ET
Age des médecins	49,6 ± 7,2	50,6 ± 6	48,8 ± 8
Age des spécialistes	49,6 ± 7		
Age des hommes	51,2 ± 7		
Age des femmes	43,6 ± 6,3		

Source des données : fichier ADELI

Etant donné que dans notre étude, la spécialité dominante des médecins pratiquant les IVG est la gynécologie obstétrique, les données ont été comparées à celles de la population des gynécologues obstétriciens de la région.

L'analyse des tranches d'âge montre que les classes d'âge les plus représentées sont, en proportion pour chaque sexe chez les médecins pratiquant des IVG, les 50-55 ans pour les hommes et les 45-49 ans pour les femmes. Pour les gynécologues obstétriciens bretons, les classes d'âge les plus représentées sont les 45-49 ans pour les hommes et les 35-39 ans pour les femmes (Figures 5 et 6). Il y a donc un décalage de 5 années pour les hommes et de 10 années pour les femmes entre les classes d'âge les plus représentées des gynécologues obstétriciens bretons et des médecins pratiquant des IVG.

[7] Etant donné la dominance des gynécologues obstétriciens dans les médecins pratiquant les IVG (72 % de l'effectif total, tableau 2), les chiffres sont comparés avec les données nationales de la démographie des gynécologues obstétriciens différentes des données de la démographie des gynécologues médicaux

Figure 5 : Pyramide des âges des médecins pratiquant des IVG en Bretagne

(Source fichier ADELI) proportion des tranches d'âge exprimée pour chaque sexe

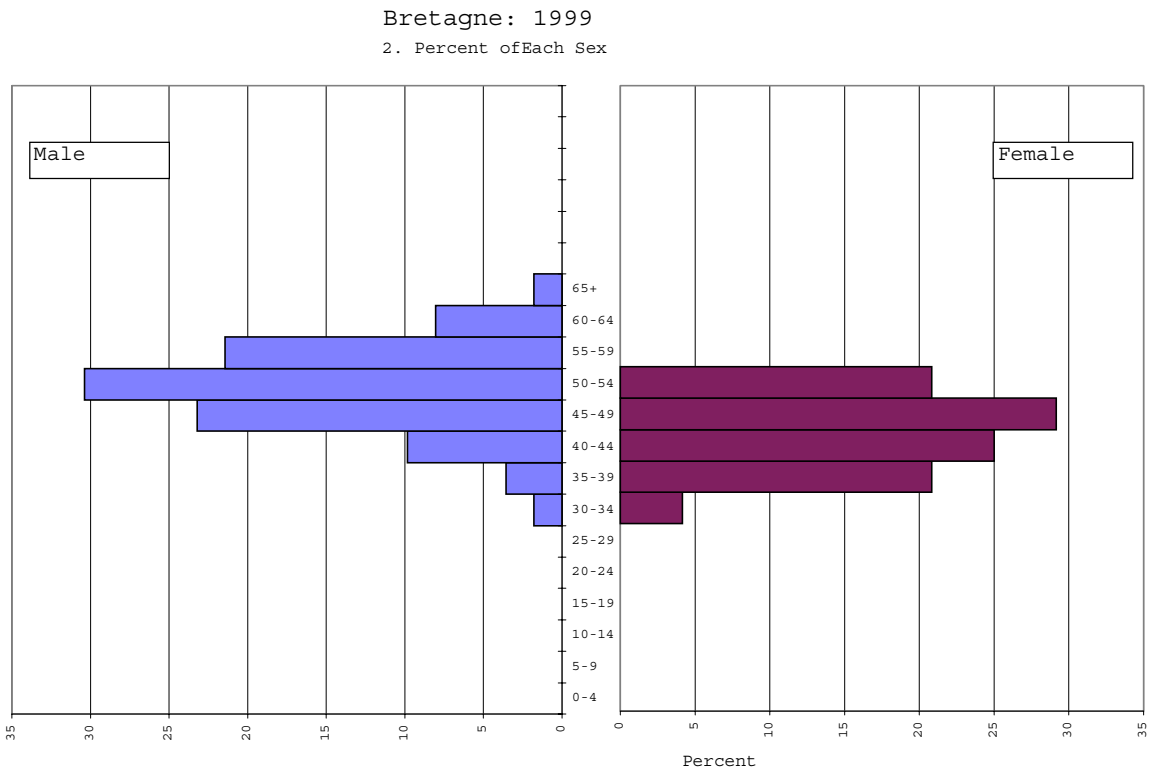
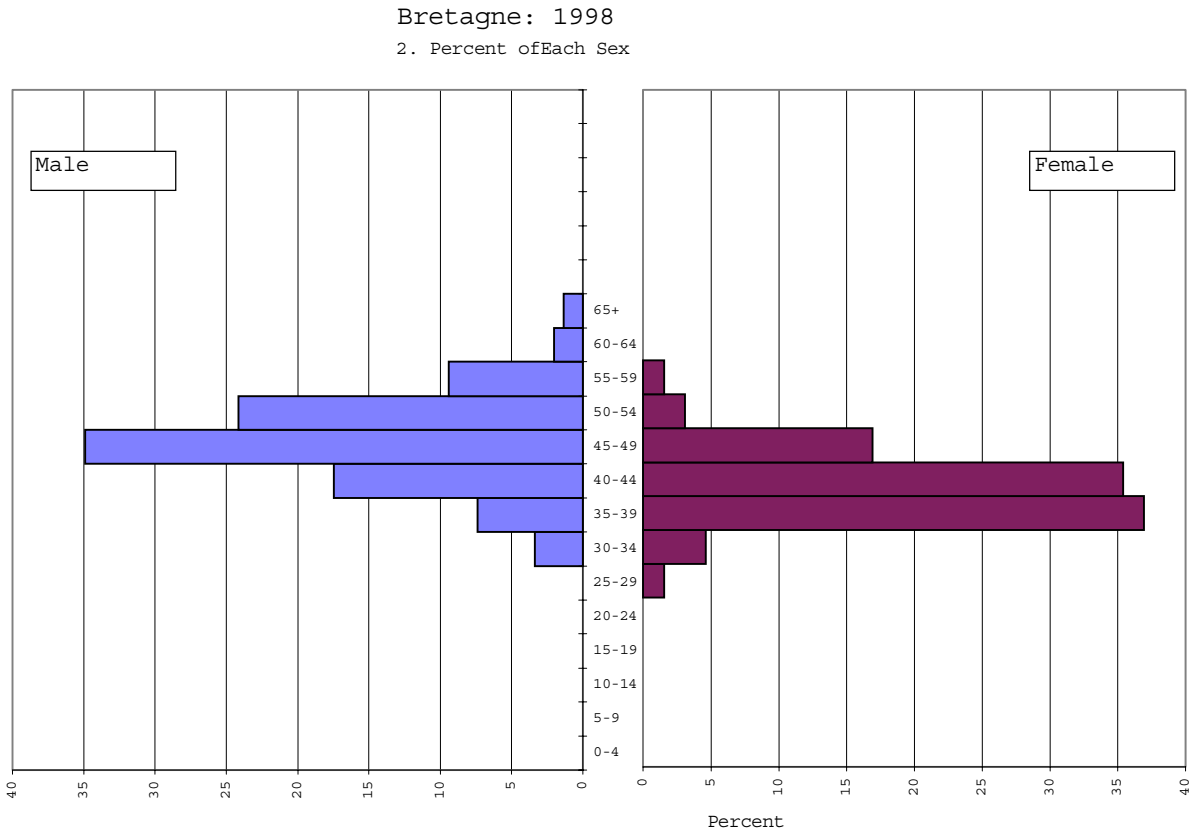


Figure 6 : Pyramide des âges des médecins gynécologues obstétriciens en Bretagne

(Source fichier ADELI) ; proportion des tranches d'age exprimée pour chaque sexe



La proportion des médecins en fin de carrière (55 ans et plus) est de 26 % soit le triple de celle des gynécologues obstétriciens en Bretagne (9 %) (Tableau 4). Seulement 9 % des médecins pratiquant les IVG en Bretagne ont moins de 40 ans (Tableau 4) alors qu'ils sont 21 % de jeunes gynécologues obstétriciens en Bretagne.

Cette population de médecins de moins de 40 ans est constituée à 83 % de gynécologues obstétriciens et à 50 % de femmes.

Tableau 4 : Comparaison des âges entre les médecins pratiquant des IVG et les gynécologues obstétriciens bretons

	Médecins pratiquant les IVG n (%)	Gynécologues obstétriciens bretons n (%)
Agés de 55 ans et plus	36 (26 %)	20 (9 %)
Agés de moins de 40 ans	12 (9 %)	44 (21 %)
Total	136	214

(Source : fichier ADELI)

Dans le renouvellement des praticiens qui pratiquent des IVG, on notera aussi la participation de 5 % de médecins (soit 7 médecins) qui ont commencé à pratiquer des IVG tardivement après 45 ans[8] dans ces cinq dernières années. Ce sont plutôt des hommes (6/7), médecins généralistes (5/7).

3.3.3 Une forte implication des médecins généralistes et des gynécologues médicaux

87 % des médecins pratiquant des IVG sont des spécialistes et 13 % sont des généralistes (Tableau 5). Les gynécologues obstétriciens représentent 74 % des médecins, les médecins généralistes 13 %, les gynécologues médicaux seulement 10 % et les chirurgiens 3 %.

Un peu moins d'un gynécologue breton sur deux (45 %), pratique des IVG (114/255).

Si l'on raisonne en nombre d'IVG réalisées, la situation est bien différente puisque les généralistes et les gynécologues médicaux réalisent près de 40 % des IVG en Bretagne et cela va même jusqu'à 48 % des IVG dans le secteur public. Les médecins généralistes et gynécologues médicaux sont présents dans 12 établissements de la région, et surtout dans les 6 qui réalisent le plus d'IVG (annexe D). Les IVG sont réalisées uniquement par des

[8] Il s'agit des médecins âgés de plus de 45 ans avec une pratique de l'IVG de moins de 5 ans à ce jour.

médecins généralistes ou des gynécologues médicaux dans trois des 12 centres (8 publics et 4 privés), et à plus de 50% dans deux autres. En d'autres termes, les médecins généralistes et les gynécologues médicaux font plus d'IVG par mois que les gynécologues obstétriciens comme le confirme la figure 8.

Tableau 5: La qualification des médecins pratiquant des IVG

Qualification	Total		Secteur privé		Secteur public	
	Nombre de médecins	%	Nombre	%	Nombre	%
Médecins généralistes	17	13	1	2	16	22
Chirurgiens	*5*	*4*	*3*	*5*	*2*	*4*
GO	*100*	84	53	84	47	84
GM	*14*	12	7	11	7	13
Spécialistes	119	87	63	98	56	78
Total	136	100	64	100	72	100

Source : fichier ADELI

Les médecins généralistes exercent pratiquement exclusivement dans le secteur public (Tableau 5), ils représentent 22 % des médecins pratiquant des IVG dans ce secteur, au contraire des gynécologues médicaux qui sont également présents dans les deux secteurs .

3.3.4 Des statuts précaires

Evidemment le statut des médecins pratiquant les IVG est complètement dépendant de leur appartenance ou non au secteur public et de leur spécialité.

A l'exception de quelques salariés travaillant pour un établissement participant au service public hospitalier, 89 % des médecins du secteur privé sont payés à l'acte (annexe F).

Les salariés largement dominants dans le secteur public se répartissent selon 2 statuts les plus répandus dans les établissement celui de **praticien hospitalier** (PH) représenté à 92 % par des gynécologues obstétriciens, les autres étant des gynécologues médicaux ou des chirurgiens, et celui de **praticien contractuel**[9] (PC) comprenant des gynécologues obstétriciens, des gynécologues médicaux et des médecins généralistes (Tableau 6). Le terme « **salariés payés à l'acte** » est un peu particulier dans le sens où ce

[9] Décret n°95-651 du 9 mai 1995 modifiant le décret n°93-701 du 27 mars 1993 relatif aux praticiens contractuels des établissements publics de santé.

type de rémunération est pratiqué presque uniquement par l'établissement qui réalise le plus d'IVG dans la région.

Selon la direction des affaires médicale du dit établissement, depuis les années 80 à leur demande, les médecins pratiquant des IVG sont salariés sur la base du paiement à l'acte. Les actes sont convertis en salaire brut auquel sont soustraites les cotisations sociales, soit environ 12%. Mais ce mode de paiement ne prend pas en compte les cotisations retraite et maladie pour le temps passé à l'hôpital.

Contrairement au statut de praticien hospitalier, les autres statuts sont précaires. Cette précarité se traduit par une absence de contrat pour les médecins payés à l'acte ou par des contrats à durée déterminée de 1 à 3 ans renouvelables pour les attachés, les praticiens contractuels et les praticiens adjoints contractuels.

Tableau 6 : Statut des médecins pratiquant des IVG

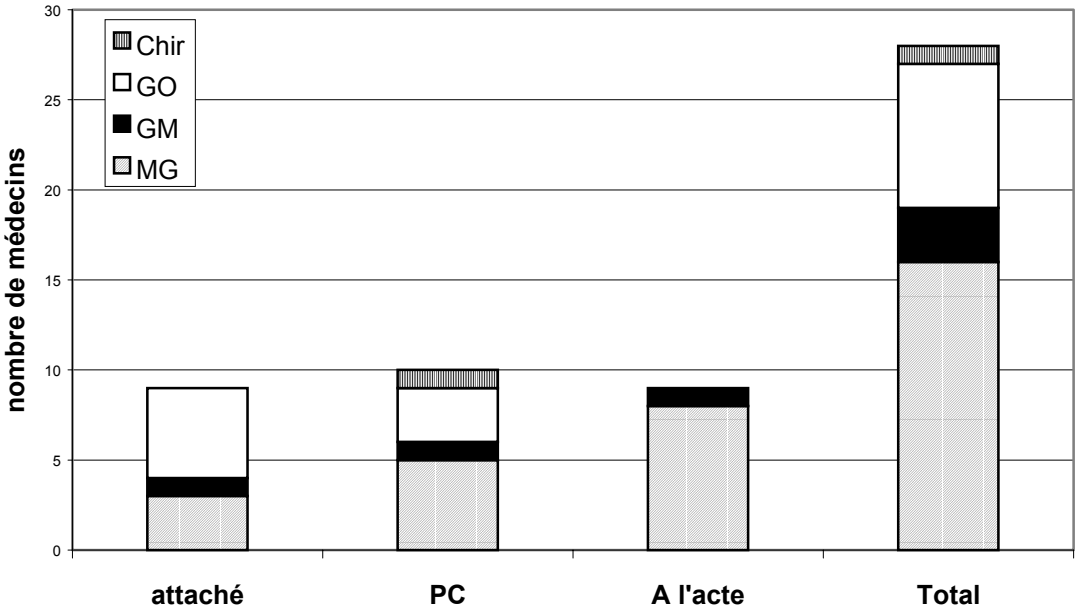
Statut	Total		Secteur privé		Secteur public	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Salariés	69	51	6	9	63	88
PH	*39*				*39*	62
PC	*10*				*10*	16
PAC	*2*				*2*	3
"A l'acte"	*9*				*9*	14
Autres	*9*		*6*		*3*	5
Attachés	10	7	1	2	9	12
Libéraux	57	42	57	89		
Total	136	100	64	100	72	100

Autres (1 CCUAH, 1 Assistant Spécialiste, 1 Remplaçant, 6 Salariés du secteur PSPH), Source : fichier ADELI

Cette population précaire représente 43 % de l'ensemble des médecins tout secteur confondu et 46 % des médecins pratiquant des IVG dans le secteur public (Tableau 6).

Dans cette population précaire, 57 % sont des médecins généralistes, 29 % des gynécologues obstétriciens et 11 % des gynécologues médicaux (Figure 7). Alors que tous les médecins généralistes recensés dans le secteur public ont un statut précaire (16 médecins), la moitié des gynécologues médicaux obtient le statut de praticien hospitalier.

Figure 7 : Répartition des qualification selon les statuts les plus précaires dans le secteur public (ADELI)



Le statut de praticien contractuel dédié spécifiquement à l'IVG et à ce qui l'entoure est le plus souvent une fonction à temps partiel (3 à 4 demi-journées par semaine) qui peut donc difficilement intéresser un médecin généraliste ou spécialiste qui s'installe. En effet, l'argent gagné compense peu les pertes en cabinet libéral, il est donc difficile d'allier la pratique libérale et le travail à l'hôpital comme l'explique un jeune médecin rencontré. Sur les 10 médecins praticiens contractuels seulement 2 avaient moins de 40 ans. Le statut de praticien contractuel convenait aux jeunes médecins rencontrés car un effectuait des remplacements en médecine générale par ailleurs et l'autre voulait une activité à temps partiel pour convenance personnelle. Les autres praticiens contractuels sont deux médecins retraités à statut dérogatoire et des gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens installés dans le secteur libéral depuis plusieurs années.

3.4 Les facteurs déterminants dans la pratique médicale des IVG

Afin de connaître les pratiques médicales et d'identifier les déterminants et les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction liés à cette pratique, une enquête, par questionnaire et une série d'entretiens ont été menée auprès des médecins pratiquant des IVG.

3.4.1 Une bonne participation à l'enquête par questionnaire

Le taux de réponse obtenu a été de 50 % fin décembre. Après une relance par courrier effectuée le 4 Janvier 2001, le taux de réponse a été de 66 % au 18 Janvier 2001 délai de rigueur pour l'exploitation du questionnaire (90/136 médecins recensés). Sept questionnaires sont arrivés après le 18 janvier 2001 et n'ont donc pas été exploités. Par rapport à la population de départ deux médecins ont du être retirés de la liste de départ (un décédé et un ne pratiquant pas d'IVG) et deux n'ayant pas été identifiés dans le recensement, ont du être rajoutés.

Sur les 90 questionnaires reçus, 4 étaient inexploitables, les médecins n'ayant pas répondu aux questions. Les motifs de leur non réponse étaient l'indisponibilité (1 médecin), la cessation de la pratique des IVG en raison des modifications législatives (2 médecins) et la grève (1 médecin).

L'analyse des 86 questionnaires exploitables fait apparaître selon les critères vérifiés que de la population répondante est représentative de la population de départ (Tableau 7) du point de vue de la proportion des femmes, des âges représentés et de la qualification des médecins ($p<0.001$). La proportion de médecins généralistes et de spécialistes est comparable entre l'échantillon et la population. On notera toutefois que parmi les spécialistes, la proportion de gynécologues médicaux et de chirurgiens est inversée.

Les divergences importantes observées entre la population répondante et la population recensée sont une sur représentation des médecins du secteur public (63 % au lieu de 53 %) et plus particulièrement parmi les salariés, des praticiens hospitaliers (65 % *versus* 57 %) alors que le statut classé "autres" est sous représenté (9 % *versus* 13 %). Le statut "autres" comprend les médecins qui se sont déclarés assistant spécialiste, chef de clinique universitaire assistant hospitalier, remplaçant, et salariés du secteur privé participant au secteur public.

Seulement un médecin sur deux du secteur privé a répondu au questionnaire cela s'explique peut être en partie par la période agitée, en terme de conflit social, durant laquelle s'est déroulée cette enquête. Le SYNGOF, le Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France, avait lancé un mouvement de grève des IVG pour protester contre les manques de gynécologues obstétriciens. Les médecins du secteur privé sont donc sous représentés parmi les répondants au questionnaire (37% au lieu de 47 %). Mais les IVG étant réalisées aux ¾ par les médecins du secteur public, cette sur représentativité du secteur public ne semble pas préjudiciable pour l'étude.

Tableau 7 : Comparaison de la population des médecins ayant répondu au questionnaire avec la population recensée des médecins pratiquant des IVG :

	Population des médecins recensés ADELI n (%)	Médecins ayant répondu au questionnaire n (%)	Signification statistique des différences
Nombre total	136 (100)	86 (100)	
Secteur privé	64 (47)	32 (37)	p<0.01
Secteur public	72 (53)	54 (63)	p<0.01
Femmes	24 (18)	15 (17)	N.S.
Hommes	112 (82)	71 (83)	N.S
Médecins généralistes	17 (12)	9 (10)	N.S
Spécialistes	119 (88)	77 (90)	N.S
Chirurgiens	5 (4)	5 (7)	
GO	103 (87)	68 (88)	
GM	11 (9)	4 (5)	
Salariés	69 (51)	51 (59)	N.S
PH	39 (57)	33 (65)	
PC	10 (14)	6 (12)	
PAC	2 (3)	1 (2)	
"A l'acte"	9 (13)	6 (12)	
Autres	9 (13)	5 (9)	
Attachés	10 (7)	6 (7)	N.S
Libéraux	57 (42)	29 (34)	N.S
Nombre de 55 ans et plus	35 (26)	25 (29)	N.S
Nombre entre 40 et 54 ans	89 (65)	54 (63)	N.S
Nombre de moins de 40 ans	12 (9)	7 (8)	N.S
Age (moyenne ± ET)	50 ± 7.2	50 ± 7.2	N.S
Age des femmes (moyenne ± ET)	44 ± 6.3	42 ± 7.2	N.S
Age des hommes (moyenne ± ET)	51 ± 7	51 ± 7	N.S
Age des spécialistes (moyenne ± ET)	50 ± 7.2	49 ± 7.2	N.S

Sur le plan des établissements, la population répondante est représentative des établissements pratiquant des IVG en Bretagne (p<0.001). En effet, les médecins qui ont répondu travaillent dans 31 établissements différents sur les 37 recensés en Bretagne (annexe D); 12 sur les 15 établissements privés et 19 sur les 22 établissements publics recensés. Parmi les 6 centres d'IVG non représentés, il y a deux établissements avec moins de 5 IVG par an, un avec 40 IVG par an et deux avec quand même 150 IVG/an dont un où l'activité d'IVG est réalisé par un seul médecin de plus de 60 ans.

3.4.2 Une sensibilisation précoce aux IVG dans la formation médicale

C'est pendant leurs études médicales que 60 % des médecins ont été formés aux IVG (question 6), le plus souvent pendant leur internat ou leur résidanat dans un service en

pratiquant. Mais les 26 % qui n'étaient pas formés au moment de leur début dans la pratique des IVG, ont été formés par les médecins de l'établissement recruteur. D'autres (13 %), des spécialistes, se sont formés avec un collègue ou au travers de la littérature.

question 6 : Vous avez acquis une formation à la pratique des IVG :

Dans l'établissement où vous pratiquez des IVG	24
Pendant vos études médicales	41
Dans l'établissement et pendant les études médicales	11
Autres, (livres, collègues OG, pratique militante, autre établissement)	11
Non réponse	1
Total des réponses	86

Source : Enquête, 86 médecins répondants

Ceci est confirmé par les réponses à la question 5, en effet 50 % des médecins interrogés ont pratiqué des IVG avant l'obtention ou pendant leur année de thèse.

Paradoxalement très peu de médecins participent à la formation des étudiants en médecine (question 21 et 21 bis de l'annexe C). Seulement 16 % des médecins interrogés pratiquent une activité de sensibilisation des nouveaux médecins ou des étudiants. Sur les 14 pratiquant ce type d'activité, 10 sont maîtres de stage pour des futurs généralistes, qui dans ce cadre participent aux activités autour de l'IVG. Tous les médecins formateurs appartiennent aux six centres d'orthogénie les plus importants de la région (annexe D).

3.4.3 Une rémunération peu attractive

Au vue des réponses au questionnaire, la rémunération des IVG ne semble pas satisfaire la majorité des médecins (question 9). En effet, 47 % des médecins se disent insatisfaits alors que seulement 37 % sont satisfaits. Sur les insatisfaits, 80% le sont parce que la rémunération est trop faible.

question 9 : Etes-vous satisfait de votre rémunération pour la pratique des IVG ?

OUI	32
NON	40
Dépend de l'acte	1
Non réponse	13
Total des réponses	86

Source : Enquête, 86 médecins répondants

Ce sont 72 % (23/32) des médecins du secteur privé qui se disent insatisfaits alors que dans le secteur public ils ne sont plus que 31 % (17/54) ($p<0.001$). Bien que le statut ne soit pas statistiquement lié au degré de satisfaction dans le secteur public (NS), on notera

parmi les statuts précaires, que l'ensemble des attachés est insatisfait alors que presque tous les médecins payés à l'acte et les praticiens contractuels sont satisfaits de leur rémunération (respectivement 5/6 et 4/5, Tableau 8). Pour les médecins payés à l'acte dans le secteur public, ce résultat peut être en partie lié à l'établissement puisque 5 médecins sur 6 travaillent dans le même établissement.

Tableau 8 : Les médecins jugent leur rémunération selon leur qualification ou leur statut

	Satisfait	Non satisfait	**Effectifs**
GO	35	33	**68**
GM	1	3	**4**
Chirurgien	4	1	**5**
MG	7	2	**9**
Effectifs	**47**	**39**	**86**

	Satisfait	Non satisfait	**Effectifs**
Libéral	7	23	**30**
Salarié PSPH	2	0	**2**
PH	26	8	**34**
PC	4	1	**5**
Attaché	0	5	**5**
«A l'acte»	5	1	**6**
Autres	2	2	**4**
Effectifs	**46**	**40**	**86**

Source : Enquête, 86 médecins répondants

La qualification n'a pas d'effet sur le degré de satisfaction des médecins (Tableau 8, NS).

Calculer la rémunération des médecins par IVG permet de comparer les différents statuts précaires en terme de rémunération et de comprendre les raisons de leur insatisfaction.

La demi journée de travail d'un praticien contractuel[10] est équivalente à environ 500 F, en général 2 demi-journées sont consacrées à l'IVG, une pour l'acte technique et une pour les consultations pré et post IVG soit environ 1000 F. Si les médecins du secteur public réalisent 2 à 3 IVG instrumentales par semaine et 1 IVG médicamenteuse. Cela fait 330 à 250 F par IVG.

Les attachés sont rémunérés seulement 239 F à 283 F pour une demi journée, s'ils réalisent le même nombre d'IVG et y consacrent aussi deux demi journées, ils ne reçoivent plus que 120 à 190 F par IVG.

Pour le paiement à l'acte tel qu'il est pratiqué dans certains établissements du secteur public, les IVG sont rémunérées selon un forfait d'environ 360 F net pour une IVG instrumentale et de 258 F net pour une IVG médicamenteuse.

[10] Arrêté du 29 décembre 1999 modifiant l'arrêté du 17 janvier 1995 relatif aux missions spécifiques.

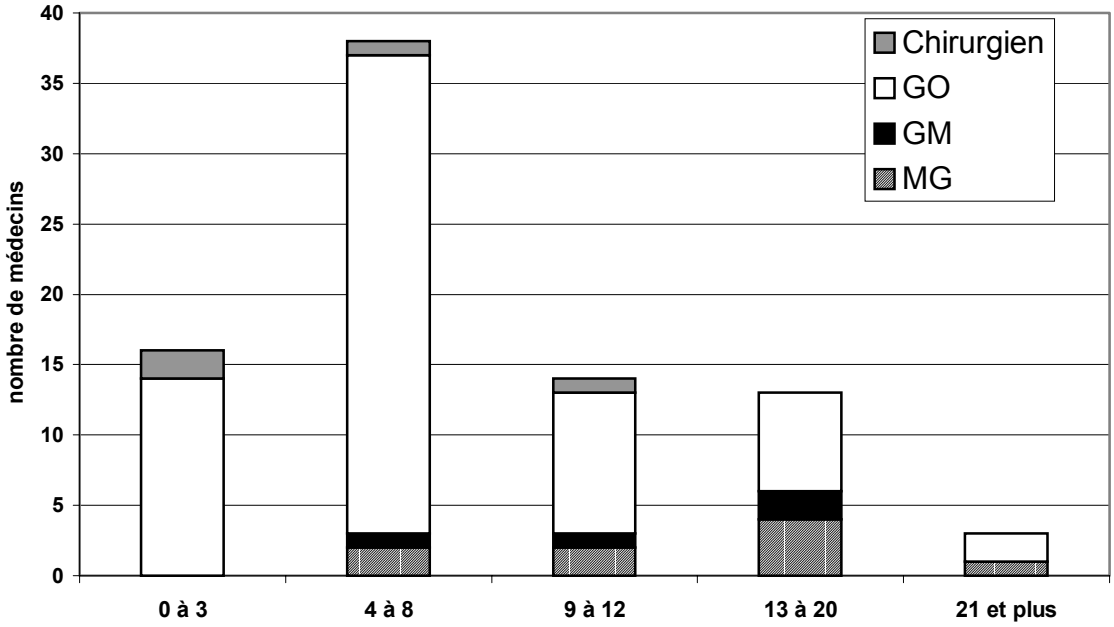
Le statut d'attaché est donc le moins rémunérateur. Les deux autres statuts sont équivalents si le médecins pratiquent moins de 4 IVG par semaine, au-delà, le payement à l'acte est plus rémunérateur mais le médecin ne bénéficiera pas d'une retraite et d'une assurance maladie liée à cette activité.

Pour le secteur privé, la rémunération est à l'acte le plus souvent, selon les tarifs définis dans l'annexe F.

3.4.4 Une charge à répartir équitablement

Sur l'ensemble des médecins qui ont répondu à la question du nombre d'IVG qu'ils pratiquaient en moyenne par mois, 84 réponses sont exploitables car deux médecins ont indiqué simplement que ce chiffre était variable (Figure 8).

Figure 8 : Nombre d'IVG instrumentales et médicamenteuses réalisées par mois et par catégorie de médecins



Source : Enquête, 84 médecins répondants

44 % des médecins pratiquent 4 à 8 IVG par mois c'est à dire 1 à 2 IVG par semaine ; 19 % moins de 3 IVG par mois, 16 % entre 9 et 12 IVG par mois et 14 % entre 13 et 20 IVG par mois. Plus le nombre d'IVG augmente, plus la proportion de médecins généralistes et de gynécologues médicaux qui les prennent en charge par rapport à la proportion de gynécologues obstétriciens augmente. Ce qui explique le rôle important des médecins généralistes et des gynécologues médicaux dans la prise en charge de l'IVG en Bretagne malgré leur faible représentation en nombre de médecins présents.

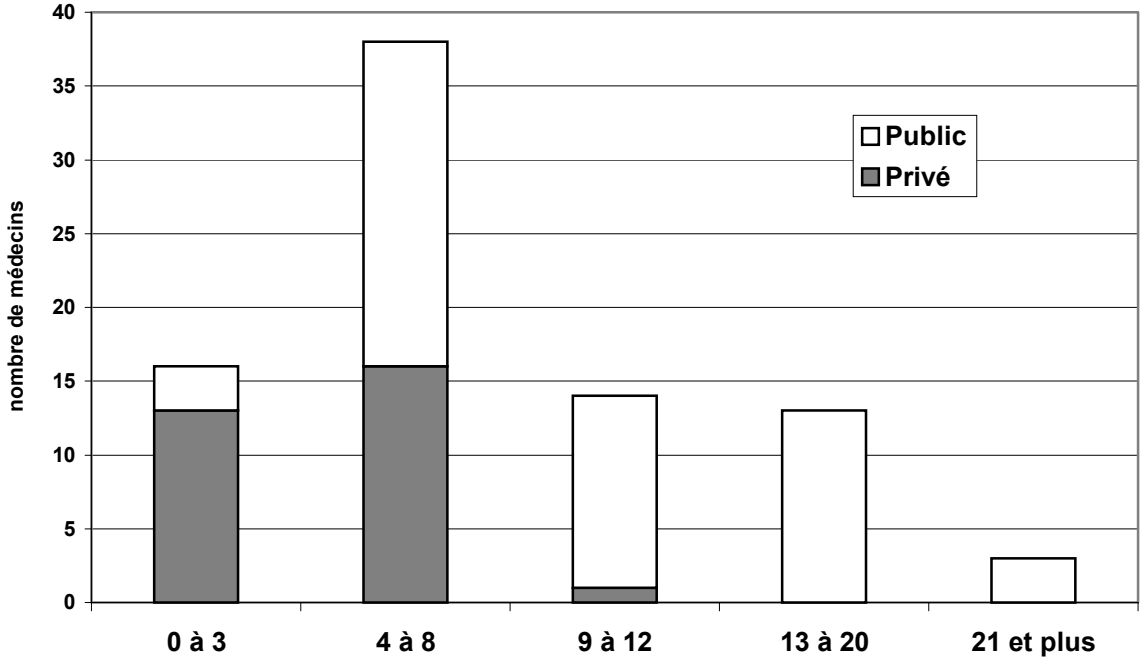
Il n'y a plus que 3,5 % des médecins, soit 3 médecins qui pratiquent plus de 20 IVG par mois soit plus de 5 IVG par semaine. Ce faible nombre confirme, la limite de 3 à 4 IVG instrumentales par semaine qui a souvent été citée comme la limite maximum acceptable et supportable pour un médecin au cours de la série d'entretiens menée auprès des médecins. Les médecins qui font plus de 21 IVG par mois appartiennent à des centres du secteur public qui font plus de 400 IVG par an et ont plus de 45 ans. Deux sur les trois pratiquent exclusivement l'anesthésie générale pour les IVG instrumentales.

Si l'on regarde ces chiffres au travers des différentes catégories de médecins (Figure 8), on constate que la moitié des gynécologues obstétriciens réalisent entre 4 et 8 IVG par mois, alors que 44 % des médecins généralistes et 50 % des gynécologues médicaux font 13 à 20 IVG par mois.

Cette différence de pratique est encore plus marquée en fonction du secteur privé ou public dans lequel exerce ce médecin. Comme le couplage des données SAE et du nombre de médecins par établissement (cf paragraphe 3.2) le suggérait, les médecins du secteur privé réalisent beaucoup moins d'IVG que leurs collègues du secteur public (Figure 9).

Figure 9 : Nombre d'IVG instrumentales et médicamenteuses réalisées par mois en fonction du type de secteur

(Source : Enquête, 84 médecins répondants)



Ils sont plus de 96 % à réaliser entre 1 et 8 IVG par mois, alors que dans le secteur public le nombre d'IVG réalisé est variable et dépend de la qualification des médecins et de l'établissement. Pour 89 % d'entre eux le nombre d'IVG effectuées par mois se situe entre 4

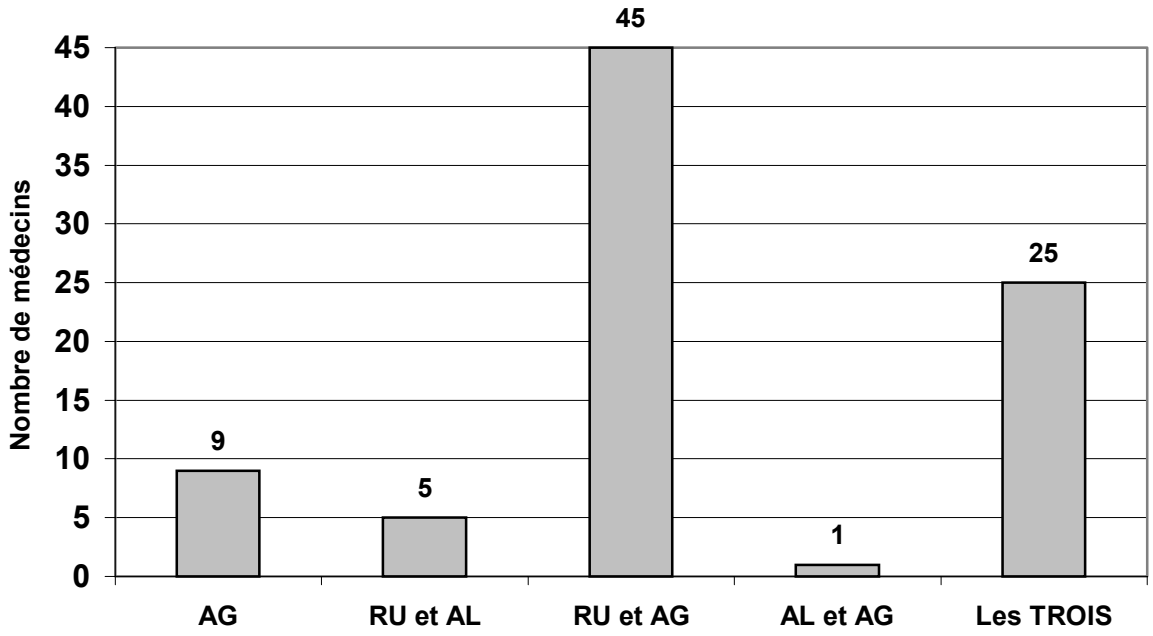
et 20 d'IVG par mois dont 44 % qui en réalisent seulement 4 à 8 par mois. Sur les 11 % de médecins restants, la moitié pratique de 0 à 3 IVG par mois et l'autre moitié réalise 21 et plus d'IVG par mois.

Au-dessus de 12 IVG par mois, il n'y a plus que des médecins du secteur public qui pratiquent.

3.4.5 Encore 12% des médecins ne pratiquent pas d'IVG médicamenteuses

Parmi les médecins qui ont répondu au questionnaire (86 questionnaires et 85 réponses exploitables), 12 % ne pratiquent pas d'IVG médicamenteuse (RU), et 11 % ne réalisent que des IVG sous anesthésie générale (AG) (Figure10).

Figure 10 : Type d'IVG pratiqué par les médecins
(Enquête : 85 médecins répondants)



L'anesthésie locale (AL) est de loin la pratique la moins citée par les médecin alors que 83 % des médecins déclarent pratiquer l'anesthésie générale. La raison évoquée au cours des entretiens est que l'acte peut être douloureux sous AL, c'est pourquoi dans certains centres du secteur public ce type d'anesthésie n'est même pas proposé aux femmes.

Certains comportements ont pu être identifiés comme significatifs, 71 % des médecins du secteur privé pratiquent uniquement des IVG médicamenteuses ou instrumentales sous AG. Et ce sont 60 % des IVG médicamenteuses ou instrumentales sous AL qui sont

réalisées par des médecins généralistes. Aucun profil type n'a pu être identifié pour les médecins qui ne pratiquent pas d'IVG médicamenteuse ou qui ne font des IVG que sous anesthésie générale selon les critères étudiés comme la qualification, le secteur, le nombre d'IVG, le sexe, l'âge, et le département d'exercice.

La proportion d'IVG médicamenteuse a fortement augmenté dans les deux plus importants centres d'IVG en Bretagne entre l'année 1999 et l'année 2000 ; elle est passée de 10 à 20 % pour le CHU de Rennes et de 20 à 30 % pour le CH de Quimper. D'après une étude en 1999 menés sur les bulletins statistiques, 17% des IVG en Bretagne sont médicamenteuses. Les IVG médicamenteuses posent moins de problèmes psychologiques aux médecins, le fait de prescrire des comprimés qui conduisent à l'IVG soulève moins de réticences chez les médecins interrogés. Comme le déclare un responsable de centre d'orthogénie « les IVG médicamenteuses ne posent pas de problème, tout le monde en fait dans le service ». Ce qui est significatif dans les entretiens est que lorsqu'on demande à un médecin combien il fait d'IVG dans la semaine, il oublie le plus souvent de comptabiliser les IVG médicamenteuses.

Seul 29 % des médecins pratiquent les trois techniques et offrent donc aux femmes le choix le plus large possible quand les délais le permettent.

Il est à noter que 50 % des médecins (question 25) trouvent le dispositif de prise en charge de l'IVG satisfaisant pour les femmes. L'analyse des modifications à apporter pour les médecins non satisfaits n'a pas permis de dégager de grandes orientations de réforme.

3.5 L'allongement du délai légal de l'IVG de 12 SA à 14 SA, conséquences sur l'offre médicale

Toujours d'après l'enquête par questionnaire, l'opinion et les effets éventuels des modifications législatives sur la pratique médicale des IVG ont été analysés.

3.5.1 L'opinion des médecins

Seulement 22 % des médecins répondant au questionnaire sont pour l'allongement des délais de 12 à 14 SA alors que 57 % des médecins sont contre et 7 % des médecins pensent que la loi est inutile car cela ne changera pas le nombre de femmes qui dépasseront les délais (question 22). 4 % pensent qu'il faut analyser la situation au cas par cas. 9% sont sans opinion et 1 % n'a pas répondu.

question 22 : Sur le plan éthique, que pensez-vous du projet de l'allongement des délais légaux de l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (SA)?

POUR	19
CONTRE	49
Loi inutile	6
Dépend des cas ?	3
Sans opinion	8
Non réponse	1
Total des réponses	86

Source : Enquête, 86 médecins répondants

En fonction de l'appartenance des médecins au secteur public et privé, c'est 75 % des médecins du privé qui sont contre ce projet alors que dans le secteur public les opinions sont beaucoup moins tranchées (Tableau 9). Alors qu'ils sont majoritairement contre (46 %), 26% sont pour et 28 % n'ont pas d'opinion clairement exprimée ou pensent que la loi est inutile. L'appartenance à l'un ou l'autre des secteurs est liée à la construction de leur opinion (test du χ^2 , $p<0.05$).

Tableau 9 : Opinion des médecins sur l'allongement des délais en fonction de leur appartenance au secteur public ou privé :

	Privé	**Public**	**effectifs**
POUR	5 (26%) (16%)	14 (76%) (26%)	19
CONTRE	24 (49%) (75%)	25 (51%) (46%)	49
AUTRES	3 (17%) (9%)	15 (83%) (28%)	18
effectifs	32	54	86

Source : Enquête, 86 médecins répondants

Concernant les opinions favorables, des médecins généralistes se distinguent de celle des autres qualifications, ils sont en majorité pour l'allongement des délais légaux (test exact de Fisher, $p<0.05$). Ce sont les médecins qui pratiquent le plus grand nombre d'IVG qui sont les plus favorables à l'allongement des délais légaux ($p<0.001$).

Au cours de l'étude, deux médecins qui pratiquaient des IVG d'une même clinique privée (60 IVG/an) se sont désengagés de cette activité suite aux modifications des délais, avec un report de cette activité sur un établissement public comme cela a pu être vérifié.

3.5.2 L'impact sur la prise en charge des IVG 12-14SA

Si seulement 22 % étaient POUR l'allongement des délais, 45 % sont près à faire des IVG dans ces délais; 20 % sont prêts à les faire sans restriction, 17 % avec une formation supplémentaire et 8 % les feront si cela reste exceptionnel ou si l'acte est revalorisé. En particulier, on remarquera que les 3 médecins qui font plus de 20 IVG par mois sont prêts à faire des IVG entre 12 et 14 SA sans restriction pour deux d'entre eux et avec une formation supplémentaire pour le dernier.

Question 23: Si la loi est modifiée, seriez-vous prêts à pratiquer des IVG entre 12 et 14 SA ?

OUI sans restriction	17
OUI avec une formation supplémentaire	15
OUI mais exceptionnel, à contre cœur, si revalorisation	7
NON	47
Total des réponses	86

Source : Enquête, 86 médecins répondants

La majorité des médecins ayant répondu au questionnaire (55 %) déclarent qu'ils ne pratiqueront pas des IVG entre 12 et 14 SA. Les raisons invoquées sont multiples et de différents ordres pour chaque médecin, elles sont classées dans le tableau ci dessous.

Techniquement plus difficile	18
Psychologiquement plus difficile	9
Raisons éthiques	11
Raisons financières	6
Loi inutile	4
Risque pour la femme	14
Risques médico-légaux	2
Amélioration organisation actuelle d'abord	3
NON sans justification	3
Total des différents types de réponse	57

Source : Enquête, 86 médecins répondants

Globalement l'allongement des délais va entraîner un geste médical plus difficile pour le médecin à la fois techniquement, psychologiquement et du point de vue éthique. Dans les raisons techniques, les plus évoquées sont notamment un embryon trop volumineux pour qu'une simple aspiration soit possible ce qui implique un temps opératoire plus long et des complications de type hémorragiques plus fréquentes.

Cette réticence à l'allongement des délais dans le corps médical s'est confirmée au cours des entretiens. Les acteurs rencontrés dans les associations et les centres de planification, les conseillères conjugales, les secrétaires médicales et les médecins insistent sur l'ambivalence des femmes souvent à l'origine des dépassements de délai. Ce

dépassement des délais légaux est souvent le reflet d'une indécision de la femme qui demande souvent en première intention quel est le délai maximum pour pouvoir pratiquer une IVG et qui utilise ce délai comme un butoir pour prendre une décision. Pour certains acteurs rencontrés le nombre de femmes pourrait même augmenter entre 12 et 14 SA si la loi est modifiée. Tous s'accordent pour dire que le geste est plus dur psychologiquement et techniquement.

Question 24: A votre avis, la pratique de ce type d'IVG doit-elle être réservée à un centre spécialisé ?

OUI	49
NON	22
Sans opinion	11
OUI si anesthésie générale	1
Non réponse	3
Total des réponses	86

Source : Enquête, 86 médecins répondants

57 % des médecins ayant répondu pensent que la pratique des IVG après 10 SA doit être réservée à un centre spécialisé. Les 22 % qui disent qu'un centre spécialisé n'est pas nécessaire pourraient être les 20 % de médecins qui sont prêts à les pratiquer eux-mêmes sans restriction. Il y a quand même 16 % de médecins qui sont sans opinion ou qui n'ont pas répondu.

Alors que les médecins généralistes de la nouvelle génération interrogés au cours des entretiens se demandent si ce type d'IVG ne doit pas être réservé à des spécialistes comme les gynécologues obstétriciens, l'ancienne génération se dit prête à en faire à condition que cela soit exceptionnel, donc partagé entre tous les médecins.

3.6 Un recrutement difficile des médecins pratiquant des IVG

La question du recrutement a été abordé dans le questionnaire envoyé aux médecins et par une série d'entretiens auprès des directeurs des affaires médicales des établissements sélectionnés comme cela est explicité dans la méthodologie.

3.6.1 Selon les médecins questionnés

Alors qu'ils sont 68 % à penser que le recrutement des médecins pratiquant des IVG est un problème, seulement 38 % des médecins qui ont répondu au questionnaire (33/86) ont été confrontés à ce problème suite au départ définitif d'un collègue. Cela correspond à 18 établissements sur les 31 établissements dont les médecins ont répondu au questionnaire soit (58 % des établissements). La moitié des réponses donne des délais pour trouver un remplaçant qui se situe de quelques mois à un an (9 réponses) à l'absence persistante de remplaçant à ce jour (8 réponses). Cela correspond à 8 établissements dont

1 seul privé, c'est à dire à 44 % des établissements qui ont connu un recrutement ces dernières années.

Pour les médecins qui ont répondu au questionnaire, le manque de reconnaissance de la profession, le manque d'attrait financier, les raisons éthiques et le manque de sensibilisation des médecins expliquent la faible attractivité de la fonction. La précarité du statut ou le manque de gynécologues obstétriciens n'ont été cités que 2 fois.

3.6.2 Selon les directeurs des affaires médicales des établissements recruteurs

Les modalités de recrutement utilisées par les directeurs des affaires médicales (DAF) rencontrés ont été des petites annonces dans la presse médicale, puis des lettres adressées personnellement à un public ciblé de médecins du département où se situe l'établissement. Les délais pour trouver un titulaire s'échelonnent de 1 an à plus de 18 mois.

Le problème de recrutement se confond avec le problème plus général du recrutement des praticiens hospitaliers gynécologues obstétriciens dans un contexte démographique défavorable.

Le cas du premier centre d'un des départements bretons en terme de nombre d'IVG en est une illustration. Dans cet établissement, un seul praticien hospitalier sur six accepte de faire des IVG, un recrutement a été effectué pour soutenir cette activité qui s'adressait à l'ensemble des médecins du département. Sur 500 lettres envoyées, il y a eu 5 réponses et seulement 2 médecins généralistes non formés se sont finalement engagés dans cette activité. Durant la période de recrutement et de formation une partie des IVG a été assurée par deux médecins de plus de 62 ans[11].

Dans le même département, un petit centre en nombre d'IVG (5% du département) cherche à remplacer deux praticiens hospitaliers en gynécologie obstétrique depuis plus d'un an, une seule réponse à une annonce dans le quotidien du médecin. La lourdeur de la charge des astreintes et l'éloignement géographique de la ville en font des postes peu attractifs. Dans ce contexte, la prise en charge des IVG est secondaire pour le recruteur, cela n'est pas mentionné dans le profil de poste. Actuellement, trois remplaçants assurent l'ensemble de l'activité obstétrique à tour de rôle 10 jours par mois, un seul accepte de faire des IVG. La continuité du service ne peut donc pas être assurée.

Dans le plus important centre de la région où l'activité de l'IVG est assurée par des médecins généralistes ou spécialistes extérieurs au service de gynécologie obstétrique, les

[11] Un statut dérogatoire à la limite d'âge des praticiens contractuels a même été demandé à la DRASS DE BRETAGNE pour ces médecins (article 2-7 du décret du 27/03/93 modifié par le décret du 9/05/95 stipulant que les PC doivent être âgés de moins de 62 ans).

médecins généralistes de la nouvelle génération qui s'impliquent dans l'IVG sont recrutés sans difficulté par cooptation entre médecins.

Les raisons les plus fréquemment évoquées expliquant les difficultés de recrutement sont, pour les DAF rencontrés, le contexte démographique défavorable concernant les gynécologues obstétriciens et leur manque d'intérêt pour cet acte qu'ils considèrent peu intéressant techniquement et intellectuellement.

Parmi les solutions trouvées pour résoudre ce problème, le paiement à l'acte pratiqué dans le plus important centre de la région explique en partie l'absence de difficultés pour trouver des médecins. Certains DAF ont décidé de fédérer leur activité de gynécologie obstétrique et chirurgicale avec des hôpitaux plus importants pour la rendre plus attractive pour les praticiens hospitaliers. D'autres ont décidé de répartir les IVG sur plusieurs médecins et de constituer une équipe cela rassure les médecins candidats selon les dires d'un DAF.

3.7 Un besoin accru en médecins pratiquant des IVG en 2005 et 2010

Etant donné l'émergence de difficultés de recrutement des médecins pratiquant des IVG, des scénarios explorant les horizons 2005 et 2010 ont été élaborés en fonction de plusieurs hypothèses. Ces hypothèses prennent en compte les départs à la retraite des médecins pratiquant des IVG estimés à partir des données démographiques du fichier ADELI, le renouvellement observé ces dernières années, l'évolution du nombre des IVG et l'effet éventuel de l'allongement des délais légaux de l'IVG.

3.7.1 Année 2005

La première hypothèse qui a été faite est : les médecins arrêtent leur activité à 65 ans dans les secteurs libéral et public. Soit en 2005, **11 médecins** au moins devraient cesser leur activité (6 dans le secteur public et 6 dans le secteur privé) c'est l'**hypothèse A**.

Mais cette hypothèse est optimiste puisque l'on sait que près du tiers (27 %) des départs à la retraite des libéraux s'effectue avant 65 ans (21), dans cette deuxième hypothèse, c'est 4 médecins supplémentaires du secteur privé qui devrait cesser leur activité, c'est donc **15 médecins à remplacer au total, hypothèse B**.

Si le taux d'IVG 10,9 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans (chiffre de 1998) est identique on devrait attendre **7225 IVG** contre 7468 en 1999 en tenant compte des projections démographiques établies par l'INSEE de Bretagne qui montrent une baisse de la population des femmes de 15 à 49 ans (662 881 femmes en 2005).

Les conséquences de l'allongement des délais légaux de l'IVG sont doubles, une augmentation du nombre des IVG et un désengagement possible de quelques médecins

comme nous l'avons constaté dans notre étude (2 médecins en 1 année). Le nombre d'IVG supplémentaires selon l'hypothèse du rapport Nisand est de 4000 IVG par an en France (80 % des 5000 IVG pratiquées à l'étranger chaque année). Les IVG pratiquées en Bretagne représentant 3.8 % des IVG français, cela apporterait environ **152 IVG** supplémentaires par an.

Au total c'est **7377 IVG** en Bretagne pour 2005 soit une baisse de 1,2 % en 6 ans (moins 15 IVG par an), on peut donc considérer ce chiffre comme **constant**.

De plus deux médecins, ayant arrêté la pratique IVG du fait de l'allongement des délais légaux de l'IVG, sont à remplacer, soit **17 médecins au total** dans l'hypothèse la plus pessimiste (hypothèse B), **soit 13 médecins** dans le cas le plus optimiste (hypothèse A).

Si le taux de médecins entrés dans la pratique de l'IVG ces 5 dernières années reste le même pour les 5 prochaines années, soit 12 médecins de moins de 40 ans et 7 médecins plus âgés, soit au total **19 médecins**, **le renouvellement devraient être assuré**.

L'autre hypothèse plus pessimiste est de pas inclure dans le renouvellement, les 7 médecins plus âgés entrés tardivement dans l'IVG, en considérant que cela reflète les difficultés à recruter des jeunes médecins. Les **12 médecins** restant compenseraient presque totalement les départs des 13 médecins dans l'hypothèse A ou **30 % des départs** ne seraient pas remplacés dans hypothèse B

3.7.2 Année 2010

Pour simplifier les scénarios, une hypothèse unique et plutôt optimiste a été faite : les médecins arrêtent leur activité à 65 ans dans les secteurs libéral et public. Soit entre 2005 et 2010, **24 médecins** au moins devraient cesser leur activité (13 dans le secteur public et 11 dans le secteur privé).

Si le taux d'IVG 10,9 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans (chiffre de 1998) est identique on devrait attendre **7008 IVG** contre **7377** en 2005 en tenant compte des projections démographiques établies par l'INSEE de Bretagne qui montrent une diminution du nombre de femmes de 15 à 49 ans en 2010 (642 903 femmes).

Les conséquences de l'allongement des délais légaux de l'IVG pourraient continuer à se traduire par un désengagement possible de quelques médecins 2 par an soit **20 médecins** d'ici 2010 et par un nombre d'IVG supplémentaires stable d'environ **152 IVG** par an.

Au total c'est **7162 IVG** en Bretagne pour 2010, soit une baisse de 3 % en 5 ans (moins 43 IVG par an).

44 médecins au total ayant arrêté la pratique des IVG sont à remplacer en 2010.

Si le taux de médecins entrés dans la pratique de l'IVG ces 5 dernières années reste le même pour les 10 prochaines années, soit 12 médecins de moins de 40 ans et 7 médecins plus âgés, soit au total **19 médecins**, le renouvellement ne sera pas assuré, **seul la moitié des médecins sera remplacée**.

Même si l'allongement des délais n'entraîne pas le désengagement des médecins, **20 % des départs à la retraite ne seront pas compensés**.

L'autre hypothèse plus pessimiste est de pas inclure dans le renouvellement les 7 médecins plus âgés entrés tardivement dans l'IVG, en considérant que cela est un des reflets des difficultés à recruter des jeunes médecins. Dans ce cas, c'est à nouveau **50 % des départs à la retraite qui ne sont pas compensés**.

En conclusion, jusqu'en 2005 les difficultés de recrutement devraient rester globalement identiques à celles d'aujourd'hui, mais en 2010 elles devraient s'amplifier si aucune mesure incitative n'est prise.

4 DISCUSSION

4.1 L'évolution à la hausse du nombre des IVG

Connaître le nombre exact d'interruption volontaire de grossesse en France est très difficile comme le montre la disparité des chiffres communiqués en fonction des sources utilisées. En 1998, environ 198 875 IVG ont été pratiquées selon les données SAE, 214 000 selon la DRESS (27) et 294 769 selon la comptabilité PMSI (communication personnelle). C'est pourquoi l'évolution des IVG a été étudiée, ici, sur plusieurs années à partir de sources identiques donc comparables pour la France et la Bretagne.

Une légère hausse du taux des IVG a été observé en Bretagne comme en France depuis 1995, mais la Bretagne se situe toujours parmi les régions françaises qui ont un taux inférieur à la moyenne nationale (27). L'augmentation du taux des IVG chez les jeunes de moins de 20 ans, retrouvée en France pour la même période, existe aussi en Bretagne (27). Bien sûr les données, étant de 1996, rendent difficilement compte de la situation en 2001.

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ces faits. L'accent mis sur la prévention du SIDA et l'usage du contraceptif a pu faire ressentir la contraception comme un élément secondaire au regard de la protection contre la maladie. La situation des jeunes femmes de 18 à 20 ans scolarisées « ayant droit » de leurs parents pour la prise en charge de la sécurité sociale n'ont plus droit à la gratuité des consultations médicales et des contraceptifs dans les centres de planification familiale alors que leurs moyens financiers sont limités. L'évolution économique vers la précarité des jeunes a pu conduire à des

installations en couples plus tardives conduisant à une augmentation du nombre de femmes seules sans situation familiale ou professionnelle stable (27).

L'évolution du nombre d'IVG montre que la prévention devrait être renforcée mais aussi que l'offre médicale ne doit pas être diminuée mais plutôt rester adéquate en nombre et en qualité des personnels soignants.

4.2 L'évolution incertaine de l'offre médicale

Si les difficultés de recrutement des médecins pratiquant des IVG ont fait l'objet d'article dans la presse (19) et ont été signalées dans le rapport Nisand (12) et lors des débats à l'Assemblée Nationale (16), aucune donnée quantitative, en terme de démographie, sur la population médicale pratiquant des IVG n'a pu être trouvée en contactant les associations de professionnels de l'IVG (ANCIC[12] et ACRN-AP-HP[13]) et en effectuant une recherche bibliographique.

En Bretagne, ces deux dernières années, un établissement sur deux, qui a recruté des médecins pratiquant des IVG, a eu des difficultés comme le montrent les délais pour trouver des remplaçants et les demandes de statuts dérogatoires adressées à la DRASS pour prolonger l'activité de certains praticiens contractuels au-delà de 62 ans. L'augmentation des rémunérations, via le paiement à l'acte, des médecins généralistes ou de gynécologues médicaux est aussi un signe indirect des difficultés rencontrées par des établissements. Une partie du renouvellement des médecins est assuré par des médecins plus âgés qui pratiquent des IVG tardivement, il est difficile ici de conclure s'il s'agit d'une pratique habituelle dans l'IVG ou si cela reflète les difficultés grandissantes à trouver des jeunes médecins.

La longueur des délais pour recruter est aussi le reflet de l'absence de considération pour cette mission de service public de l'hôpital, dans certains établissements. En effet, la démarche de recrutement peut prendre plusieurs mois avant d'être lancée par certains directeurs des affaires médicales.

Comme nous avons pu le constater les difficultés de recrutement existent pour différentes raisons.

La démographie des gynécologues obstétriciens en est une. C'est le problème essentiel pour les hôpitaux de petite taille où l'activité d'IVG reposait sur des gynécologues obstétriciens praticiens hospitaliers. Les postes proposés sont peu attractifs en raison de la charge des astreintes et de leur faible technicité. Dans ce cas l'activité d'IVG n'est pas

[12] Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception.

[13] Association des centres de régulation des naissances de l'assistance publique des hôpitaux de Paris.

prioritaire pour l'établissement recruteur et n'est donc pas mentionnée dans la fiche de poste. De plus, les gynécologues obstétriciens se considèrent souvent comme surqualifiés pour exercer cette activité, en particulier dans un contexte de surcharge de travail .

Les difficultés psychologiques de la fonction sont indirectement reflétées par la faible proportion de femmes pratiquant des IVG. Leur faible représentativité dans la spécialité en obstétrique et gynécologie chirurgicale en France (24) et plus particulièrement en Bretagne (données DRASS non publiées) explique en partie ce résultat. Leur manque d'intérêt pour les fonctions à composante chirurgicale avec des lourdes charges de gardes ou d'astreintes rend compte de cette faible représentativité dans la spécialité de gynécologie obstétrique. Toutefois, la proportion des femmes dans les médecins pratiquant les IVG en Bretagne est quand même deux fois moins importantes que la proportion de femmes en obstétrique et gynécologie chirurgicale. Il existe donc d'autres raisons à ce manque d'engagement des femmes qui sont peut être liées à la maternité.

Les difficultés de recrutement dans les secteurs publics s'expliquent aussi par la précarité des statuts offerts à une grande partie des médecins. Notre étude confirme que près de un médecin sur deux a un statut précaire et qu'une proportion importante des IVG repose sur ces médecins, les médecins généralistes étant les plus représentés dans cette population. Cette précarité des statuts est le plus souvent le reflet de la marginalisation des centres d'IVG. Ceci peut paraître surprenant puisqu'en Bretagne, contrairement à d'autres régions, il n'existe pas vraiment de CIVG autonome. En effet, les centres d'IVG bretons sont dépendants le plus souvent des services de gynécologie obstétrique et sont donc dirigés par un praticien hospitalier de ces services. Le fait que les chefs de service des services hospitaliers organisent les IVG, en Bretagne même s'ils font jouer à titre personnel la clause de conscience, n'empêche pas la marginalisation de cette activité. Dans le secteur public le proportion de gynécologues praticiens hospitaliers acceptant de faire des IVG n'a pas pu être estimée, mais comme on l'a vu plus haut au moins 46 % des IVG dans ce secteur sont réalisées par des médecins non praticiens hospitaliers. Les modifications législatives à venir qui obligent les chefs de service à organiser la pratique des IVG, même s'ils ne veulent pas en pratiquer eux-même, ne devraient pas empêcher la marginalisation de la pratique des IVG.

Concernant la rémunération des IVG, ce sont les libéraux qui semblent être les plus insatisfaits, et qui réclament une revalorisation de l'acte d'IVG. Les différences de pratique entre le secteur privé et public sont à souligner. Les gynécologues libéraux sont presque aussi nombreux que les médecins du secteur public à être impliqués dans cette pratique mais ils ne réalisent que 20 % des IVG, soit pour chaque médecin moins de 3 IVG par mois.

Dans le secteur public les médecins sont globalement peu revendicateurs en terme de rémunération à l'exception des médecins au statut d'attaché mais ils ne représentent que 7 % de l'ensemble des médecins. Le fait que les attachés soient deux fois moins bien rémunérés que les praticiens contractuels en est probablement la cause.

Une sensibilisation précoce des médecins aux IVG paraît être importante pour l'engagement des médecins dans cette pratique. Comme nous le montrons plus d'un médecin sur deux a été formés à la pratique des IVG pendant ses études médicales. Pour être plus affirmatif, il faudrait pouvoir comparer ces chiffres à la proportion de gynécologues bretons qui ont aussi été formée aux IVG pendant leurs études médicales.

Paradoxalement peu d'action de formation sont menées par les médecins qui actuellement pratiquent des IVG.

Une plus large pratique des IVG médicamenteuses pourrait en partie améliorer la situation en matière de recrutement ou élargir le nombre de médecins prescripteurs. Cette méthode semble une être la plus facile psychologiquement pour le médecin mais il y a encore des réticences à pratiquer des IVG médicamenteuses. Seulement 17% d'IVG ont été réalisées par voie médicamenteuse, en Bretagne en 1999, chiffre qui a peu évolué depuis 1993 (26) et qui est inférieur au chiffre France entière (20 % en 1998, 27). Dans notre étude, il y a encore 12 % des médecins qui déclarent ne pas avoir recours à cette méthode. Cette faible utilisation de l'IVG médicamenteuse est surprenante étant donné que près des 4/5ème des IVG, en Bretagne, sont prises en charge par le secteur public où cette technique est le plus souvent utilisée (27). Un des arguments avancé par les médecins rencontrés est que l'IVG médicamenteuse n'est pas acceptée par toutes les femmes quand on leur explique que le parcours sera plus long voire plus douloureux et qu'il peut y avoir quelques échecs. Certaines enquêtes auprès des femmes confirment la faible acceptation des femmes concernant cette méthode après son utilisation (20, 25) alors qu'une autre recueille des taux de satisfaction de 92 % (22). L'harmonisation des pratiques dans ce domaine pourrait apporter des améliorations notamment concernant la prise en charge de la douleur.

Les difficultés de recrutement existent déjà en Bretagne dans les établissements publics et elles ne sont pas spécifiques des CICV autonomes comme le sous-entendait le rapport Nisand (12). La structure d'âge des médecins pratiquant des IVG montre un vieillissement important de cette population et son faible renouvellement en terme de jeunes médecins comparés aux même indicateurs concernant les gynécologues obstétriciens bretons et français (24). Ces difficultés devraient donc s'aggraver comme le montre les scénarios établis en 2005 et surtout en 2010 où 20% voire 50 % des départs à la retraite ne devraient pas être compensés et ceci dans l'hypothèse où le taux de renouvellement des médecins

reste identique à ces cinq dernières années. Cette hypothèse ne tient pas compte, de la forte diminution de la densité médicale annoncée pour 2020 (3,3 à 2,5 médecins pour 1 000 habitants de 1999 à 2020, 33), l'activité d'IVG qui repose à la fois sur la médecine générale et la gynécologie médicale et obstétrique pourrait être la première touchée.

4.3 L'allongement des délais légaux

L'allongement des délais légaux de 12 à 14 SA qui est présenté comme la mesure phare du projet de loi, pourrait aussi modifier les données du recrutement. Si elle a le mérite de rapprocher la France de la législation des autres pays européens, il convient ni de surestimer son efficacité, ni de sous-estimer ses implications. Si le rapport Nisand y voit une solution pour 80 % des dépassements de délai observés en France, ce chiffre a été revu à la baisse et seules 50 % des 5000 femmes subissant une IVG à l'étranger seraient en fait concernées par ce nouveau délai (12, 17).

La réticence du corps médical a été soulevée par ce rapport et certains regrettaient que le corps médical n'ait pas été consulté. Pour illustrer ce fait nous citerons les propos du P^{r} Frydman qui s'exprimait lors des débats sur l'IVG à l'assemblée nationale : « Je regrette que nous n'ayons pas eu le temps de mener une enquête plus approfondie sur les motivations et sur la participation de l'ensemble du cops médical… Il serait plus intéressant de connaître exactement l'état des lieux parce que l'on ne prendra pas en charge les femmes sans les médecins .. » (16). Cette réticence est retrouvée dans notre enquête puisque seulement 1 médecin sur 5 qui pratiquent des IVG se dit favorable à l'allongement des délais. Malgré cette opinion défavorable, il est important de préciser que 45 % sont quand même prêts à les faire avec une formation supplémentaire une revalorisation ou si cela reste exceptionnel. Du fait de la méthodologie utilisée, on ne peut éliminer qu'une part des opinions défavorables à l'allongement des délais soit due au fait que les personnes en opposition à une mesure répondent plus facilement à un questionnaire. Cette hypothèse ne semble pas s'appliqué à cette étude, puisque les médecins libéraux qui sont les plus mécontents en terme de rémunération et contre l'allongement des délais ont le taux de réponse le plus bas de l 'enquête. Quant à la sous représentation des libéraux dans notre étude, elle tendrait plutôt à sous estimer la proportion d'opinion défavorable.

On ne peut aussi éliminer que cette enquête soit le reflet d'une région et que les résultats ne peuvent pas être extrapolés au territoire français.

Un sondage du quotidien des médecins réalisé en octobre 2000 a montré que 62% des médecins libéraux étaient favorables au passage à 14 SA du délai de l'IVG. Cette différence d'opinion entre les médecins pratiquant les IVG et leurs confrères démontre

comme l'avait suggéré le P[r] Frydman[14] qu'à la différence des débats de la loi de 1975 ce sont ceux qui pratiquent l'IVG qui aujourd'hui s'interrogent.

Paradoxalement la dérive eugénique évoquée comme motif principal de refus du corps médical par les experts, n'a été citée en tant que telle par aucun des médecins interrogés, la difficulté technique entraînant un risque plus grand pour la femme et la difficulté psychologique du geste sont les premières raisons du refus. Mais on ne peut pas exclure que derrière la raison éthique un certain nombre sous-entendait la dérive eugénique.

La difficulté technique du geste a soulevé de nombreux débats au sein de la communauté scientifique. Selon les experts de l'ANAES, après 12 SA incontestablement le geste chirurgical est différent car à ce stade l'aspiration est insuffisante et doit être complétée par une méthode d'extraction sous anesthésie générale et impérativement au bloc opératoire. Il est donc indispensable que l'opérateur ait reçu une formation à cette méthode et qu'un recours à un spécialiste en chirurgie gynécologique soit possible sans délai car le risque de complications augmente. Le P[r] Tournaire expert de l'ANAES, ne précise pas qui sont les médecins qui pourront pratiquer ce type d'acte mais souligne seulement que la méthode peut ne pas être adaptée à certains médecins pratiquant des IVG depuis de nombreuses années et que les médecins généralistes et les gynécologues médicaux peuvent préférer éviter, à juste titre, de pratiquer des IVG à 13 ou 14 SA. Pourtant, d'après ce travail, les médecins généralistes sont les plus favorables à l'allongement des délais et se disent prêts à les réaliser, en particulier les plus anciens dans la pratique des IVG.

Les médecins interrogés préfèrent que cet acte soit confié à un ou plusieurs centres spécialisés par département. Ce type d'IVG devrait représenter 3 à 4 femmes par semaine et par département (16). Les risque de concentrer ces actes sur un ou deux centres est de les concentrer aussi sur quelques médecins en n'oubliant pas que parmi ceux qui sont prêts à les faire, un certain nombre émettaient la réserve que ce type d'IVG devait rester exceptionnel.

L'argument de l'augmentation du nombre de grossesses tardives si les délais sont allongés, soulevé par certains de nos interlocuteurs, semble contredit par les expériences étrangères qui ont montré une chute des demandes après les modifications de leur législation (23).

Les modifications de la loi de 75 à venir notamment l'allongement des délais de 12 à 14 SA, peuvent en tout cas modifier les données de ce recrutement. En effet au cours de

[14] Compte-rendu n°22 du 10 octobre 2000 des débats de la commission des affaires culturelles, P[r] René Frydman, chef de service de gynécologie-obstétrique à l'hôpital A. Béclère de Clamart.

notre étude trois médecins ont cessé de pratiquer des IVG (deux privés et un public) définitivement ou temporairement en invoquant ce motif comme principal raison.

Après 25 ans de pratique, on ne peut pas parler de banalisation de l'acte, ni de militantisme dans les nouvelles générations de médecins, cette acte reste toujours difficile psychologiquement pour les femmes et pour les médecins qui les pratiquent. Il existerait même un certain découragement voire une lassitude chez les médecins de la génération militante devant la persistance d'un nombre élevé d'IVG et de la marginalisation de la plupart des centres d'IVG. Plus qu'un soutien psychologique, c'est une véritable reconnaissance du service rendu aux femmes et à la société que demandent ces médecins.

5 PROPOSITIONS ET FAISABILITE POUR LE MEDECIN DE SANTE PUBLIQUE

5.1 Rendre la fonction plus attractive

5.1.1 Rémunération

Pour le syndicat national des gynécologues et obstétriciens il s'agit d'actualiser et de réadapter la nomenclature concernant l'IVG qui n'a pas été revue depuis 1991 pour le secteur libéral. Les propositions sont KC 30 pour les IVG instrumentales avant 12 SA (soit 411 F au lieu de 372 F) et KC 60 pour les IVG entre 12 et 14 SA (soit 822 F). Le secteur privé prenant en charge un tiers des IVG en France et déclarant déjà 50% des IVG en KC 30 (21), cette mesure ne devrait pas augmenter de façon importante le coût des IVG (10 % de coût supplémentaire soit presque 1.4 MF pour la France) mais elle aurait pour avantage de permettre une meilleure déclaration des IVG par le secteur privé et une comptabilité plus proche de la réalité. Cette mesure relève du budget de la sécurité sociale.

Concernant le secteur public le syndicat demande la revalorisation de la vacation du statut d'attaché. Plutôt que de revaloriser la vacation il serait plus intéressant de proposer au minimum un statut de praticien contractuel, qui nous l'avons vu est plus rémunérateur, à tout médecin pratiquant des IVG et ainsi résorber les 7 % de vacataires existant encore en région Bretagne (9 postes). Un rapide calcul à partir des coûts des postes fournis par la direction de l'hospitalisation des soins permet d'établir le coût de la mesure à 1 MF[15] dans l'hypothèse où les 9 postes sont des temps partiels à 50 % (soit 104 500 F par poste). L'enveloppe attribuée

[15] le coût annuel d'un praticien contractuel TP au 4ème échelon est de 463 000 F et le coût d'un attaché de 254 000 F.

à la Bretagne en 1999 (6) pour ce type de mesure était de 150 000 F soit l'équivalent de la transformation d'un poste d'attaché en praticien contractuel, seulement.

5.1.2 Statut

5.1.2.1 Résoudre la précarité

Le grand problème des médecins pratiquant l'IVG est la précarité des statuts ce que confirme notre étude où cela représente 46 % des médecins du secteur public en région Bretagne. Pour le responsable de l'ACRN-AP-HP, les praticiens hospitaliers contractuels ont du mal à intégrer le corps de praticien hospitalier. En effet le concours externe qui permet d'accéder à cette fonction n'est pas adapté à la formation des médecins pratiquant des IVG (médecins généralistes ou gynécologues médicaux), ce qui se solde par de nombreux échecs. Les deux spécialités où se présentent actuellement les médecins concernés sont, la médecine polyvalente et gérontologie, et, la gynécologie médicale et de la reproduction. Après plusieurs années dans le statut de praticiens hospitaliers contractuels, ils pourraient être **titularisés dans le corps des praticiens hospitaliers par un concours sur titre** quelle que soit leur formation. L'autre solution est d'adapter le concours externe en créant une autre spécialité, par exemple IVG et planification. La titularisation des médecins pratiquant des IVG donnerait la pérennité aux centres publics d'IVG par une intégration dans le corps des praticiens hospitaliers. Si chaque centre avait des praticiens hospitaliers, il pourrait avoir un chef de service spécifique du centre. Un chef de service permettrait au centre d'être représenté à la CME avec tout ce que cela implique dans les attributions budgétaires et de personnels pour un service.

L'organisation des concours et la création de spécialités à ce concours relève à la fois du ministère de la Santé et de l'Education nationale, en tant que médecin inspecteur il me paraît difficile d'intervenir à ce niveau.

5.1.2.2 Offrir des temps complets pour les médecins généralistes à l'hôpital

Les temps partiels à l'hôpital en tant qu'attaché ou praticien contractuel sont difficilement conciliables avec le démarrage d'une activité libérale de médecin généraliste, expliquant en partie la désaffection des jeunes médecins pour cette activité. Des postes de praticiens contractuels ou hospitaliers à temps complets avec des fonctions mixtes par exemple un temps réservé à la planification et à l'IVG et un temps consacré à la médecine polyvalente ou à la gérontologie permettraient peut-être de recruter des jeunes médecins généralistes. Cette proposition est à confronter avec la réalité du terrain et à discuter avec les responsables d'établissements

5.1.3 Formation et sensibilisation de nouveaux médecins

Pour le président de l'ACRN-AP-HP, la formation des médecins généralistes à la gynécologie est presque inexistante, depuis quelques temps en région parisienne, les internes de médecine générale passent une semaine dans les centres de planification au cours de leur stage de 6 mois chez un généraliste. Ils sont plutôt satisfaits de cette nouvelle formule qui les sensibilisent à la contraception et à l'avortement.

Mais on peut même aller plus loin comme au CHR de Rennes où des médecins pratiquant des IVG sont maîtres de stage ce qui leur permet de sensibiliser et de former de nouveaux médecins. Cela étant probablement un facteur déterminant pour leur engagement dans l'IVG (cf paragraphe 3.3.7).

La spécialité de gynécologie médicale restaurée depuis cette année à apporter une autre vision de la femme (FIV, IVG, contraception). Cette spécialisation devrait inclure 6 mois de stage dans les centres autonomes d'IVG.

Les services recrutant des internes de spécialité sont agréés par le préfet de région après un avis d'une commission d'agrément où participent le doyen de la faculté et le directeur de la DRASS.

5.1.4 Fiche de poste incluant des actions de prévention

Alors que les gynécologues obstétriciens ne trouvent pas l'activité de planification intéressante et attractive, beaucoup de médecins généralistes et de gynécologues médicaux voudraient voir leurs missions de prévention s'élargir en particulier sur le monde extérieur comme sur le milieu scolaire ou universitaire. De plus comme le suggère le P^{r} Nisand, le corps médical est mieux placé que les parents et les enseignants désignés par les parents pour éduquer leurs enfants pour aborder les conseils élémentaires et les précautions qui permettent d'éviter les grossesses non désirées (30). Etant donné le nombre élevé d'IVG en particulier chez les jeunes, un temps de prévention en dehors des consultations de contraception devrait être rémunéré pour les praticiens contractuels et évalué (financement Conseil Général et Etat).

5.2 Organiser l'IVG

5.2.1 Maîtriser la démographie des gynécologues obstétriciens

La création d'une filière identifiée gynécologie obstétrique et médicale en 1999 devrait permettre d'améliorer la démographie des gynécologues mais avec un effet retardé. La prise en charge de la planification et notamment des IVG devrait être inclue dans leur parcours de formation à la gynécologie.

5.2.2 Planifier l'organisation de l'IVG dans le cadre des SROS

Comme le propose le rapport Nisand , l'IVG et la contraception pourraient faire l'objet d'un état des lieux au sein de la commission régionale de la naissance et d'une programmation dans le cadre d'un schéma régional d'organisation sanitaire. Les contrats d'objectifs et de moyens des établissements et les projets d'établissements devraient inclure l'organisation des IVG et une planification des besoins en personnels médicaux et paramédicaux à 5 ans en liaison avec les médecins inspecteurs des DDASS. Cela permettrait d'anticiper des problèmes de recrutement éventuels et de vérifier que les financements éventuels alloués ont servi à réduire la précarité des statuts des médecins pratiquant des IVG dans les établissements.

5.2.3 Disposer de données régionales des IVG

Etant donné le décalage des données du bulletin statistique, les dernières données complètes publiées datent de 1996, on peut s'interroger sur leur utilité. Le suivi des données PMSI et la collecte de statistiques établies par chaque centre de planification pour la PMI comme cela est prévu dans ces missions permettrait d'obtenir des données plus récentes. La commission régionale de la naissance au sein de la DRASS devrait réfléchir avec les médecins de PMI à un mode de collecte standardisé des données recueillies par les centres de planification.

5.2.4 Augmenter le nombre d'IVG médicamenteuses

L'IVG médicamenteuse se développe en région Bretagne depuis 2 ans avec 30 % des prescriptions dans certains grands centres. L'étude par l'ANAES de l'allongement des délais de prescription et de la possibilité de suivre ces femmes en médecine ambulatoire devrait permettre encore d'augmenter son utilisation, en effet l'ANAES estime que l'hospitalisation ne devrait pas être obligatoire jusqu'à 7 SA (16) en accord avec la patiente. La pratique de ces IVG en ambulatoire pourrait diminuer les besoins en recrutement de médecins spécifiques pratiquant des IVG. En effet, on pourrait estimer que pour une augmentation du pourcentage d'IVG médicamenteuses de 8 % (597 IVG/an) ce qui ferait passer le taux actuel d'IVG médicamenteuses de 17 % à 25 %, c'est 11 médecins de moins qui seraient nécessaires (chaque médecin réalisant en moyenne 55 IVG/an en moyenne)s.

Parallèlement, des recommandations médicales pourraient être établies par l'ANAES afin d'obtenir une meilleure prise en charge des femmes psychologiquement et sur le plan de la douleur.

Une enquête plus approfondie sur les 12 % des médecins qui ne pratiquent pas encore d'IVG médicamenteuses en région Bretagne permettrait peut être d'en comprendre les raisons et d'y remédier.

De plus, une sensibilisation et une formation à la pratique des IVG médicamenteuses par la formation médicale continue permettrait de promouvoir ce type de pratique auprès des médecins généralistes et des gynécologues. Son financement pourrait être en partie pris en charge par la DRASS par des crédits promotion de la santé.

5.2.5 Anticiper l'effet de l'augmentation des délais de 12 à 14 SA sur l'offre médicale

L'ANAES devrait établir des recommandations en matière d'IVG en précisant clairement :

Si ce type d'IVG doit être confié ou non à des centres spécialisés comme la majorité des médecins interrogés le souhaite,

Si ce type d'IVG doit être effectué seulement par des médecins gynécologues obstétriciens ou chirurgiens,

Si tous les médecins peuvent réaliser ce type d'IVG, doivent-ils suivre une formation supplémentaire et de quelle type ?

La CRN devrait suivre attentivement le nombre d'IVG entre 12 et 14 SA et le nombre de femmes hors délai pour mesurer l'effet éventuel des modifications de la loi pour les prochaines années. Ce type d'IVG devrait représenter entre 3 IVG et 12 IVG par semaine pour la région Bretagne en fonction des différentes méthodes d'estimation (paragraphe 3.7.1 et 16).

6 BIBLIOGRAPHIE

6.1 Lois, règlements et circulaires

1. Loi n° 75.17 du 17 janvier 1975 relative *à l'interruption volontaire de grossesse*.
2. Loi n° 79-1204 du 31décembre 1979 relative *à l'interruption volontaire de grossesse*.
3. Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative *à la contraception d'urgence*.
4. Arrêté du 8 janvier 1999 relatif *aux Commissions Régionales de la Naissance.*
5. Circulaire DGS/SP2/99/394 du 06 juillet 1999 relative *à la mise en place des commissions régionales de la naissance*.
6. Circulaire DSS-1A/DH-AF2 n°99-593 du 26 octobre 1999 *relative à la clotûre de la campagne budgétaire pour 1999.*
7. Circulaire DH/DGS/DREES/SEDF/99/ 628 du 17 novembre 1999 relative *à l'organisation et à la prise en charge des IVG dans les établissements de santés publics et privés*.
8. Circulaire MES/CAB/2000/001 du 10 janvier 2000 relative *à la campagne d'information sur la contraception*.
9. Circulaire DH/DGS/2000/347 du 26 juin 2000 relative *à l'amélioration de l'organisation des interruptions volontaires de grossesse : fonctionnement des permanences téléphoniques régionales et continuité du service public pendant l'été*.
10. Circulaire DHOS-O-F2/DGS/DSS-1A/2000 n°603 du 13 décembre 2000 *relative à la campagne budgétaire pour 2001 des établissements sanitaires financés par dotation globale.*

6.2 Rapports et enquêtes ministériels

11. BLAYO, C., *Rapport sur l'accessibilité des services d'IVG en août des services en métropole*, Août 1999
12. NISAND, I., *Rapport sur l'IVG en France en 1998*, Février 1999
13. UZAN, M., *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*, Novembre 1998
14. *Rapport sur l'Interruption volontaire de grossesse, étude de la législation comparée*, Janvier 2000, éd.Sénat
15. *Rapport sur le bulletin statistique IVG*, Janvier 1997
16. *Compte-rendu n° 22 de l'Assemblée Nationale*, délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, 10 octobre 2000

6.3 Articles de presse

17. BENKIMOUN, P., *Le gouvernement propose d'autoriser l'IVG jusqu'à douze semaines*, in Le Monde, 28 juillet 2000

18. NAU JY, *L'assemblée nationale donne son feu vert à la stérilisation volontaire*, in Le Monde, 3 décembre 2000

19. ROY, P., *IVG : la crainte de la désertion des centres par les médecins*, in Le Quotidien du médecin, 19 septembre 2000

6.4 Littérature scientifique et ouvrages

20. BACHELOT, A , CLUDY, L., SPIRA, A., Conditions for choosing between drug-induced and surgical abortions. Contraception, 1992, 45, 547-559

21. BLAYO, C., *Le point sur l'avortement en France*, Populations et Sociétés, 1997, 325.

22. BUREAU, A. et DAGOUSSET, I ., *IVG médicamenteuse : possible chez la plupart des femmes.* La Revue du Praticien, 2000, 506, 1377-81

23. CESBRON, P., *Prise en charge des demandes tardives d'interruption volontaire de grossesse en France*, Contracept. Fertil. Sex., 1998, 26, 5, 351-355

24. GOTTELY, J. et VILAIN, A. *Les perspectives démographiques des professions médicales*, Dossiers Solidarité et Santé, 1999,1, 7-22

25. HENSHAW, R.C., NAJI, S.A., RUSSEL, I.T., TEMPLETON, A.A. *A comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration : efficacity and early medical sequelae*. Human Reprod.,1994, 9, 2167-2172

26. KAMINSKI, M. et CROST, M., *Les interruptions volontaires de grossesse : des caractéristiques stables*, Solidarité Santé, 1997, 2, 85- 95

27. LE CORRE, M. et THOMSON, E., *Les IVG en 1998*, Etudes et Résultats DRESS, 2000, 69, juin

28. LERIDON, H., *L'avortement : avant et après 1975* in LERIDON, H., CHARBIT, Y., COLLOMB, P., SARDON , J.P., TOULEMON, L. .Travaux et Documents Cahier 117, La seconde révolution contraceptive, la régulation des naissances en France de 1950 à 1985, INED P.U.F. 1987, 249-266

29. LERIDON, H., *Trente ans de contraception en France*, Echanges santé-social, 1999, 93, mars, 46-51

30. NISAND, I., *L'interruption volontaire de grossesse en France, des propositions pour réduire les difficultés des femmes*, Echanges santé-social, 1999, 93, 55-62, mars

31. STATISS de 1991 à 2000

32. Statistiques de l'avortement en France, Annuaires 1990 à 1996, INED, Paris

33. VILAIN, A., NIEL, X., PENNEC, S., *Les densités régionales de médecins à l'horizon 2020*, Etudes et Résultats DRESS, 2000, 57, mars

Annexes

- **Annexe A :** Projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
- **Annexe B :** Le questionnaire
- **Annexe C :** Les réponses aux questionnaires
- **Annexe D :** Le nombre d'IVG réalisées dans les établissements bretons en 1999
- **Annexe E :** Les guides d'entretiens
- **Annexe F :** La tarification des IVG fixée par l'arrêté du 14 janvier 1991

Annexe A :

TEXTE ADOPTÉ no **582**
" Petite loi "
ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
ONZIÈME LÉGISLATURE
SESSION ORDINAIRE DE 2000-2001
5 décembre 2000
PROJET DE LOI
ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE
EN PREMIÈRE LECTURE,
APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE,
relatif à **l'interruption volontaire de grossesse** *et à la* **contraception.**

L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi dont la teneur suit :
Voir les numéros : **2605** et **2726.**
Avortement.

TITRE Ier
INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE
Article 1er

L'intitulé du chapitre II du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : " Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse ".

Article 2

Dans la deuxième phrase de l'article L. 2212-1 du même code, les mots : " avant la fin de la dixième semaine de grossesse " sont remplacés par les mots : " avant la fin de la douzième semaine de grossesse ".

Article 3

Le deuxième alinéa de l'article L. 2212-2 du même code est complété par les mots : " ou, dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ".

Article 3 *bis (nouveau)*

L'article L. 2212-3 du même code est ainsi rédigé :
" *Art. L. 2212-3.* - Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.
" Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.
" Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins. "

Article 4

Les deux premiers alinéas de l'article L. 2212-4 du même code sont ainsi rédigés :
" Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.
" Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation.Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale, ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche. "

Article 5

A l'article L. 2212-5 du même code, les mots : " sauf au cas où le terme des dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision " sont remplacés par les mots : " sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé ".

Article 6

L'article L. 2212-7 du même code est ainsi rédigé :
" *Art. L. 2212-7.* - Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.
" Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans son intérêt, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.
" Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche, ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption de grossesse ainsi que les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.
" Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, sera obligatoirement proposée aux mineures. "

Article 7

L'article L. 2212-8 du même code est ainsi modifié :
1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :
" Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2. " ;
2° Les deux derniers alinéas sont supprimés.

Article 7 *bis (nouveau)*

I. - L'article L. 2322-4 du même code est abrogé.
II. - L'article L. 2322-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :
" Un décret fixe les installations autorisées dont les établissements de santé privés sont tenus de disposer lorsqu'ils souhaitent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse. "

Article 8

L'intitulé du chapitre III du titre Ier du livre II de la deuxième partie du même code est ainsi rédigé :
" Interruption de grossesse pratiquée pour motif médical ".

Article 8 *bis (nouveau)*

L'article L. 2213-1 du même code est ainsi rédigé :
" *Art. L. 2213-1.* - L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Cette décision ne peut être prise qu'après que la réalité de l'une ou l'autre de ces situations a été appréciée par une commission pluridisciplinaire.
" Cette commission comprend au moins trois personnes qui sont une personne qualifiée, un médecin choisi par la femme concernée et un médecin responsable de service de gynécologie obstétrique. Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic prénatal, le deuxième médecin exerce son activité dans un centre de diagnostic prénatal pluridisciplinaire. Un décret en Conseil d'Etat précise la composition et les modalités de fonctionnement de cette commission.
" La femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par la commission. "

Article 9

A l'article L. 2213-2 du même code, les mots : " pour motif thérapeutique " sont remplacés par les mots :
" pour motif médical ".

Article 10

I. - L'article L. 5135-1 du même code est ainsi modifié :
1° Les trois premiers alinéas sont supprimés ;
2° Au dernier alinéa, les mots : " lesdits appareils " sont remplacés par les mots : " des dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse " et les mots : " comme commerçants patentés " sont supprimés.
II. - L'article L. 5435-1 du même code est ainsi rédigé :
" *Art. L. 5435-1.* - La vente, par les fabricants et négociants en appareils gynécologiques, de dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse à des personnes n'appartenant pas au corps médical ou ne faisant pas elles-mêmes profession de vendre ces dispositifs est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200000 F d'amende.

" Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables des infractions, définies au présent article, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal. Elles encourent la peine d'amende suivant les modalités prévues à l'article 131-38 du code pénal.
" Les personnes physiques et les personnes morales encourent également les peines suivantes :
" 1° La confiscation des dispositifs médicaux saisis ;
" 2° L'interdiction d'exercer la profession ou l'activité à l'occasion de laquelle le délit a été commis, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. "

Article 11

I. - L'article 223-11 du code pénal est abrogé.
II. - L'article L. 2222-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
" *Art. L. 2222-2.* - L'interruption de la grossesse d'autrui est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200000 F d'amende lorsqu'elle est pratiquée, en connaissance de cause, dans l'une des circonstances suivantes :
" 1° Après l'expiration du délai dans lequel elle est autorisée par la loi, sauf si elle est pratiquée pour un motif médical ;
" 2° Par une personne n'ayant pas la qualité de médecin ;
" 3° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la loi, ou en dehors du cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.
" Cette infraction est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 500000 F d'amende si le coupable la pratique habituellement.
" La tentative des délits prévus au présent article est punie des mêmes peines. "

Article 11 *bis (nouveau)*

I.- L'article 223-12 du code pénal est abrogé.
II. - Après l'article L. 2222-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2222-4 ainsi rédigé :
" *Art. L. 2222-4.* - Le fait de fournir à la femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300000 F d'amende. Ces peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500000 F d'amende si l'infraction est commise de manière habituelle. En aucun cas, la femme ne peut être considérée comme complice de cet acte. "

Article 12

Sont abrogés :
- le chapitre Ier du titre II du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;
- les articles 84 à 86 et l'article 89 du décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises.

Article 12 *bis (nouveau)*

L'article L. 2223-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
" *Art. L. 2223-2.* - Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200000 F d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 :
" - soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;
" - soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements, des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières. "

Article 13

I. - Le premier alinéa de l'article L. 2412-1 du même code est ainsi rédigé :
" Le titre Ier du livre II de la présente partie, à l'exception du quatrième alinéa de l'article L. 2212-8, est applicable dans la collectivité territoriale de Mayotte, sous réserve des adaptations prévues à l'article L. 2412-2. L'article L. 2222-2 est également applicable. "
II. - L'article L. 2412-2 du même code est abrogé.
III. - L'article L. 2412-3 du même code devient l'article L. 2412-2.
IV. - L'article 723-2 du code pénal est abrogé.
V *(nouveau).* - Les articles 10 et 12 de la présente loi sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article 14

I. - Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2222-2 du code de la santé publique sont applicables dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.
II. - L'article 713-2 du code pénal est abrogé.

Article 15

Le chapitre II du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
1° L'intitulé du chapitre est ainsi rédigé : " Prise en charge par l'Etat des dépenses exposées au titre de l'interruption volontaire de grossesse " ;
2° L'article L. 132-1 est ainsi modifié :
a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
" L'intégralité des dépenses exposées à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique est prise en charge par l'Etat. " ;
b) Le dernier alinéa est complété par les mots : " , et notamment les conditions permettant, pour les personnes visées à l'alinéa précédent, de respecter l'anonymat dans les procédures de prise en charge ".

TITRE II
CONTRACEPTION
Article 16

A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 2311-4 du code de la santé publique, les mots : " sur prescription médicale " sont supprimés.

Article 16 *bis (nouveau)*

Le chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'éducation est complété par une section 9 ainsi rédigée :

" Section 9
" L'éducation à la santé et à la sexualité

" *Art. L. 312-16.* - Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. "

Article 17

L'article L. 5134-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
" *Art. L. 5134-1.* - I. - Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.
" II. - Les contraceptifs intra-utérins ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.
" L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite, soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé. "

Article 18

L'article L. 5434-2 du même code est ainsi rédigé :
" *Art. L. 5434-2.* - Le fait de délivrer des contraceptifs mentionnés à l'article L. 5134-1 en infraction aux dispositions du premier alinéa du II dudit article et du 1° de l'article L. 5134-3 est puni de six mois d'emprisonnement et de 50000 F d'amende. "

Article 19 *(nouveau)*

Le titre II du livre Ier de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

" Chapitre III
" Stérilisation à visée contraceptive

" *Art. L. 2123-1.* - La ligature des trompes ou des canaux déférents ne peut être pratiquée que si la personne intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.
" Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.
" Ce médecin doit au cours de la première consultation :
" - informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;
" - lui remettre un dossier d'information écrit.
" Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de deux mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une

intervention.
" Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressé de son refus dès la première consultation. "

Article 20 *(nouveau)*

Après l'article L. 2123-1 du même code, il est inséré un article L. 2123-2 ainsi rédigé :
" *Art. L. 2123-2.* - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne handicapée mentale, majeure sous tutelle, que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en _uvre efficacement.
" Si la personne concernée est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension.
" L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles qui se prononce après avoir entendu les parents ou le représentant légal de la personne concernée ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile et après avoir recueilli l'avis d'un comité d'experts.
" Ce comité, composé notamment de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de handicapés, apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que les conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.
" Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application du présent article. "
Délibéré en séance publique, à Paris, le 5 décembre 2000.

Le Président,
Signé : Raymond FORNI

Annexe B : Le questionnaire

Enquête sur les médecins pratiquant les IVG.

A - LE PROFIL DES MEDECINS PRATIQUANT DES IVG :

Nom :

Prénom :

1) Année de naissance :

2) Vous êtes :

   □ une femme
   □ un homme

3) Votre année de thèse de docteur en médecine :

4) Votre qualification définie par l'ordre des médecins (plusieurs réponses possibles):

   □ Médecine générale
   □ Compétence en gynécologie médicale
   □ Bi-compétence en gynécologie obstétrique (CES commission de qualification)
   □ Spécialiste en gynécologie obstétrique (DES)
   □ Autres (à préciser)……

5) En quelle année avez-vous commencé à pratiquer des IVG ?

6) Vous avez acquis une formation à la pratique des IVG :

   □ dans l'établissement où vous pratiquez des IVG
   □ pendant vos études médicales
   □ Autres (à préciser)……

7) Si vous pratiquez dans un établissement public, sous quel statut pratiquez-vous des IVG ?

□ Attaché	□ Attaché associé
□ Assistant généraliste	□ Assistant généraliste associé
□ Assistant spécialiste	□ Assistant spécialiste associé
□ Praticien contractuel	□ Praticien adjoint contractuel
□ Praticien hospitalier à temps partiel	
□ Praticien hospitalier à temps plein	
□ Autres (à préciser)	□ Autres (à préciser)

8) Quel est votre mode de rémunération pour la pratique des IVG ?

 Salarié de l'établissement
 A l'acte
 Vacation normale
 Autres (exposer les modalités particulières de rémunérations éventuelles, motivés par les contraintes de recrutements)

9) Etes-vous satisfait de votre rémunération pour la pratique des IVG ?

 OUI
 NON

9 bis) si non pourquoi ?

B - L'ORGANISATION DE LA PRATIQUE DES IVG

10) Combien de demi-journée par mois consacrez-vous aux IVG exclusivement ?
(Ce temps comprend les consultations pré et post IVG)

11) En moyenne, combien faites-vous d'IVG par mois ?

12) En moyenne, combien de demi-journée par mois consacrez-vous aux consultations de contraception ?

13) Combien d'IVG supplémentaires pourriez-vous effectuer par mois ?

14) Si vous travaillez dans le secteur privé, le quota d'IVG par établissement est

 sans conséquence sur votre pratique des IVG
 un frein à la déclaration des IVG par le bulletin statistique
 un frein à la pratique des IVG

15) Quel(s) type(s)d'IVG pratiquez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

 IVG médicamenteuse (RU 486)
 IVG instrumentale sous anesthésie locale
 IVG instrumentale sous anesthésie générale

16) L'établissement où vous pratiquez les IVG est :

 Un centre autonome d'orthogénie (CIVG) personnels et locaux spécifiques
 Une unité d'orthogénie rattaché à un autre service avec un personnel spécifique, et des locaux spécifiques
 Une unité d'orthogénie rattaché à un autre service mais avec un personnel spécifique mais des locaux non spécifiques
 Une unité d'orthogénie rattaché à un autre service sans personnel spécifique, ni locaux spécifiques

16 bis) Si l'unité d'orthogénie est rattaché à un autre service, précisez le service :

17) Ce mode de fonctionnement est-il satisfaisant pour la pratique des IVG?

 OUI
 NON

17 bis) si non pourquoi ?

18) Lors de vos départs en vacances votre activité d'IVG est ?

 assurée par un collègue du même établissement
 assurée par un médecin extérieur à l'établissement (remplacement)
 reportée sur un autre établissement
 complètement suspendue

19) Au cours de votre pratique avez-vous connu un ou des départ(s) définitif(s) de collègues pratiquant des IVG ?

 OUI
 NON

19bis) Si oui quels ont été les délais pour trouver un remplaçant ?

20) Selon vous, le recrutement de nouveaux médecins pratiquant l'IVG est-il un problème ?

 OUI
 NON
 sans opinion

20 bis) si oui pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

 raison éthique
 manque de sensibilisation des médecins
 pression des groupes d'opinion anti-IVG
 manque d'attrait financier
 manque de reconnaissance de la profession
 Autres (à préciser)

21) Participez-vous a des activités de sensibilisation des nouveaux médecins ou des étudiants en médecine à la pratique IVG ?

 OUI
 NON

21 bis) Si oui lesquelles ?

C – L'ALLONGEMENT DES DELAIS LEGAUX DE L'IVG:

22) Sur le plan éthique, que pensez-vous du projet de l'allongement des délais légaux de l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (SA)?

 Pour
 Contre
 sans opinion

23) Si la loi est modifiée, seriez-vous prêts à pratiquer des IVG entre 12 et 14 SA ?

- □ Oui sans restriction
- □ Oui avec une formation supplémentaire
- □ Non

23 bis) Si non, pour quelles raisons ?

24) A votre avis, la pratique de ce type d'IVG doit-elle être réservée à un centre spécialisé ?

- □ OUI
- □ NON
- □ sans opinion

25) Le dispositif actuel de prise en charge des IVG est-il satisfaisant pour les femmes ?

- □ OUI
- □ NON
- □ sans opinion

25 bis) Si non, quelle est la modification majeure du dispositif qui serait susceptible d'améliorer la prise en charge des IVG ?

Annexe C : Les réponses au questionnaire

PARTIE A : Le profil des médecins

1) Année de naissance
2) sexe 71 hommes et 15 femmes
3) année de thèse

4) qualification
- médecine générale 9 réponses soit 10.46%
- gynécologie médicale 4 réponses soit 3.48%
- **gynécologie obstétrique** **68 réponses soit 79%**
- chirurgie 5 réponses soit 5.81%

5) date de la première IVG

6) formation
- dans l'établissement où vous pratiquez des IVG 22 réponses soit 25.58%
- **pendant vos études médicales** (internat) **41 réponses soit 47.67%**
- établissement et études 10 réponses soit 12.8%
- pratique militante 1 réponse soit 1.16%
- dans un autre établissement 3 réponse soit 3.48%
- sur le terrain 9 réponse soit 10.46%

7) statut
- attaché 6 réponses soit 10.52%
- praticien contractuel 6 réponses soit 10.52%
- **praticien hospitalier** **33 réponses soit 57.9%**
- « A l'acte » 6 réponses soit 10.52%
- praticien adjoint contractuel 1 réponse soit 1.75%
- Autres (CCUAH, remplaçant, assistant spécialiste et salariés PSPH) 5 réponses soit 8.77%

Les modalités n'ayant pas été sollicité par les praticiens seront bien évidemment enlevés de l'étude.

8) mode de rémunération
- à l'acte 28 réponses soit 32.5%
- **salarié de l'établissement** **44 réponses soit 51.16**%
- vacation normale 6 réponses soit 7%
- salarié à l'acte 6 réponses soit 7%
- non réponse 2 réponses soit 2.32%

9) satisfaction de la rémunération
- oui 32 réponses soit 37%
- **non** **40 réponses soit 46.5%**
- dépend de l'acte 1 réponse soit 1.16%
- non réponse 13 réponses soit 15.11%

9 bis) si non pourquoi

- **mal rémunérée** **32 réponses soit 80%**
- surcharge 3 réponses soit 7.5%
- autre 4 réponses soit 10%
- non réponse 1 réponse soit 2.5%

PARTIE B : L'organisation de la pratique des IVG

10) Nombre de demi-journées consacrées aux IVG exclusivement (par mois)

- Aucune 5 réponses soit 5.8%
- Une 16 réponses soit 18.6%
- 2 à 3 11 réponses soit 12.8%
- **4 à 6** **21 réponses soit 24.41%**
- 8 à 20 4 réponses soit 4.6%
- pas exclusif 10 réponses soit 11.6%
- ne sais pas 5 réponses soit 5.8%
- non réponse 14 réponses soit 16%

11) Nombre d 'IVG par mois

- 0 à 3 16 réponses soit 18.6%
- **4 à 8** **38 réponses soit 44%**
- 9 à 12 14 réponses soit 16%
- 13 à 20 12 réponses soit 14%
- 21 et plus 4 réponses soit 4.6%
- variable 2 réponses soit 2.3%

12) Nombre de demi-journées consacrées aux consultations de contraception

- Aucune 7 réponses soit 8.1%
- 1 à 2 14 réponses soit 16.3%
- **3 à 5** **19 réponses soit 22%**
- 7 à 10 6 réponses soit 7%
- supérieure à 10 4 réponses soit 4.6%
- variable 2 réponses soit 2.6%
- tous les jours 4 réponses soit 4.6%
- pas spécifique 12 réponses soit 14%
- **ne sais pas** **3 réponses soit 3.4%**
- **non réponse** **15 réponses soit 17.4%**

13) Nombre d 'IVG supplémentaire

- **Aucune** **24 réponses soit 28%**
- Le moins possible 4 réponses soit 4.6%
- Inférieur à 5 11 réponses soit 12.8%
- Inférieur à 10 11 réponses soit 12.8%
- Supérieur à 10 4 réponses soit 4.6%
- Selon les disponibilités 2 réponses soit 2.3%
- A la demande 6 réponses soit 7%
- **Ne sais pas** **4 réponses soit 4.6%**
- **Non réponse** **20 réponses soit 23.2%**

14)quota d ’IVG par établissement

- **sans conséquence** **24 réponses soit 75 %**
- un frein à la déclaration des IVG par le bulletin statistique 0 réponse
- un frein à la pratique des IVG 2 réponses soit 6.2%
- pas de quota ! 1 réponse soit 3.1%
- non réponse 5 réponses soit 15.6%

15) type d ’IVG

- instrumentale sous anesthésie générale 9 réponses soit 10.5%
- médicamenteuse et sous anesthésie locale 5 réponses soit 5.8%
- **médicamenteuse et sous anesthésie générale** **45 réponses soit 52.3%**
- uniquement sous anesthésie (générale ou locale) 1 réponse soit 1.2%
- pratiquent les trois 25 réponses soit 29%
- non réponse 1 réponse soit 1.2%

16) établissement où vous pratiquez des IVG

- centre autonome d ’orthogénie 5 réponses soit 5.8%
- unité d’orthogénie rattaché à un autre service avec du personnel spécifique et des locaux spécifique 16 réponses soit 18.6%
- unité d’orthogénie rattaché à un autre service avec du personnel spécifique et des locaux non spécifique 3 réponses soit 3.4%
- **unité d’orthogénie rattaché à un autre service avec du personnel non spécifique et des locaux non spécifique** **53 réponses soit 61.6%**
- centre hospitalier 1 réponse soit 1.2%
- clinique privée 1 réponse soit 1.2%
- non réponse 7 réponses soit 8.1%

16 bis) Rattaché à quel service ?

- **gynécologie** **49 réponses soit 65%**
- centre périnatal 1 réponse soit 1.4%
- gynécologie et ambulatoire 4 réponses soit 5.4%
- chirurgie 3 réponses soit 4%
- polyclinique 1 réponse soit 1.4%
- ambulatoire 4 réponses soit 5.4%
- non réponse 13 réponses soit 17.5%

17) satisfaction du mode de fonctionnement

- **oui** **53 réponses soit 61.62%**
- non 28 réponses soit 32.5%%
- oui mais peut être améliorer 2 réponses soit 2.32%
- non réponse 3 réponses soit 3.48%

17 bis) si non pourquoi ?

- plus de soutien psychologique pour la patiente 10 réponses soit 35.7%
- **locaux non adapté avec un personnel non spécifique** **13 réponses soit 46.4%**
- conditions difficile pour le praticien 3 réponses soit 10.7%
- non réponse 1 réponse soit 3.6%
- patients non vue en consultation 1 réponse soit 3.6%

18) Départs

- **assuré par un collègue** — **65 réponses soit 75.6%**
- assuré par un médecin extérieur à l'établissement — 2 réponses soit 2.3%
- reportée sur un autre établissement — 1 réponse soit 1.2%
- complètement suspendue — 8 réponses soit 9.3%
- collègue ou établissement — 3 réponses soit 3.5%
- collègue ou suspendue — 4 réponses soit 4.7%
- répartition entre intervenants — 1 réponse soit 1.2%
- non réponse — 2 réponses soit 2.3%

19) départs définitifs

- oui — 33 réponses soit 38.4%
- non — **45 réponses soit 52.3%**
- non réponse — 8 réponses soit 9.3%

19 bis) si oui quels délais

- **non trouvé à ce jour** — **8 réponses soit 24.2%**
- immédiat — 5 réponses soit 15%
- quelques mois — 4 réponses soit 12.1%
- **plus d'un an** — **9 réponses soit 27%**
- variable — 3 réponses soit 9.1%
- non réponse — 4 réponses soit 12.1%

20) recrutement un problème ?

- oui — **59 réponses soit 68%**
- non — 8 réponses soit 9.3%
- sans opinion — 18 réponses soit 21%
- non réponse — 1 réponse soit 1.2%

20 bis) si oui pourquoi ?

- **raison éthique** — **36 réponses soit 21.8%**
- manque de sensibilisation des médecins — 29 réponses soit 17.6%
- pression de groupes d 'opinion — 1 réponse soit 0.6%
- **manque d'attrait financier** — **40 réponses soit 24.2%**
- **manque de reconnaissance de la profession** — **44 réponses soit 26.7%**
- activité dévalorisante pour le médecin — 3 réponses soit 1.8%
- manque d'obstétricien — 2 réponses soit 1.2%
- projet d'allongement du délai — 1 réponse soit 0.6%
- risques médico-légale — 2 réponses soit 1.2%
- IVG non intégré dans les études de gynécologie — 1 réponse soit 0.6%
- difficulté d'obtenir un statut — 1 réponse soit 0.6%
- IVG non obligatoire pour les gynécologues médicales — 2 réponses soit 1.2%
- pas de moyen au MFPF — 2 réponses soit 1.2%
- non réponse — 1 réponse soit 0.6%

21) activité de sensibilisation

- non — **71 réponses soit 82.5%**
- oui — 14 réponses soit 16.3%
- non réponse — 1 réponse soit 1.2%

21bis) si oui lesquelles

- enseignement dans le troisième cycle 1 réponse soit 7.1%
- **maître de stage** **10 réponses soit 71.4%**
- discussion avec les confrères 1 réponse soit 7.1%
- action au sein du MFPF 1 réponse soit 7.1%
- enseignement et formation 1 réponse soit 7.1%

PARTIE C : L' allongement des délais légaux de l'IVG

22) Projet de l'allongement des délais légaux de l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée

- Pour 19 réponses soit 22%
- Contre **49 réponses soit 57%**
- Sans opinion 8 réponses soit 9 %
- Dépend du cas 3 réponses soit 4%
- Loi inutile 6 réponses soit 7%
- Ne donne pas son avis car trop tard 1 réponse soit 1%

23) Seriez-vous prêts à en pratiquer, si non pourquoi ?

- oui sans restriction 17 réponses soit 19.7%
- oui avec une formation supplémentaire 15 réponses soit 17.4%
- oui mais…. 7 réponses soit 8.1%
  - Cela doit être exceptionnel
  - A contre cœur
  - Une revalorisation au préalable des aspects de la spécialités
- **non** **47 réponses soit 54.6%**
  - non car une différence technique trop important 11 réponses
  - non car une différence technique trop important sans revalorisation 5 réponses
  - non car techniquement difficile et psychologiquement difficile pour le praticien 5 réponses
  - non pour des raisons financières 1 réponse
  - non pour des raisons personnels et/ou éthiques 7 réponses
  - non pour des raisons éthiques, psychologiques et techniques 3 réponses
  - non car la loi est inutile 4 réponses
  - non car lassitude du praticien 1 réponse
  - non car psychologiquement difficile 2 réponses
  - non sans justification 3 réponses

24) Pratique des IVG doit être réalisé dans un centre spécialisé ?

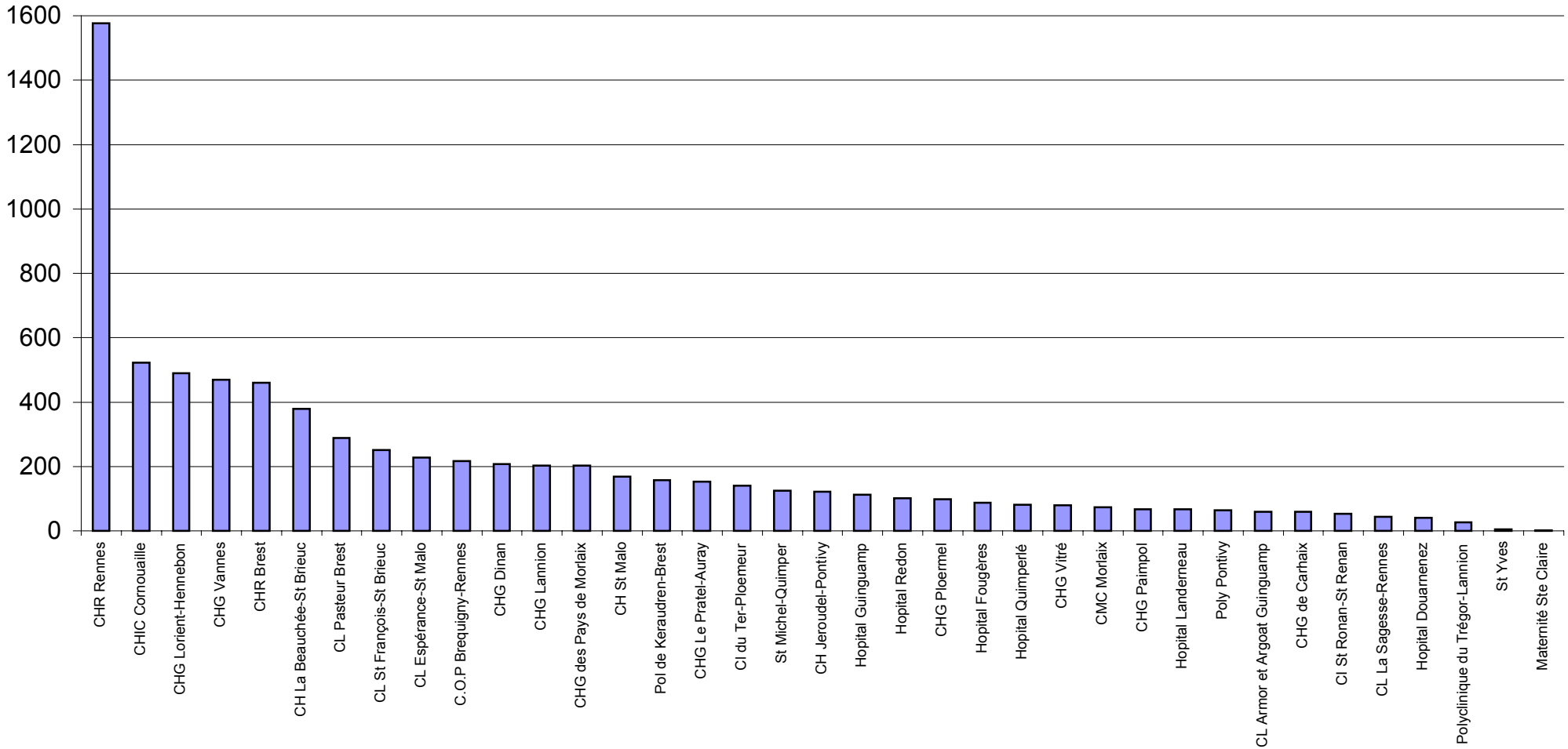
- oui **49 réponses** soit 56.9%
- non 22 réponses soit 25.5%
- sans opinion 11 réponses soit 12.7%
- dépend de l'anesthésie 1 réponse soit 1.2%
- non réponse 3 réponses soit 3.5%

25) Dispositif satisfaisant si non quelle modification ?

- **oui** **43 réponses** soit 50%
- sans opinion 6 réponses soit 6.9%
- non réponse 1 réponse soit 1.2%
- **non** **36 réponses soit 41.8 %**

plus de prévention	7 réponses
plus de psychologues	1 réponse
mieux rémunéré	2 réponses
plus de prévention et possibilité de faire des IVG médicamenteuses	1 réponse
plus de centre spécialisé	6 réponses
supprimer centre spécialisé	1 réponse
dépistage des MST	1 réponse
recruter des gynécologues	6 réponses
meilleure prise en charge	6 réponses
améliorer les conditions de travail	1 réponse
améliorer l'organisation dans les blocs opératoire	1 réponse
sans modification mentionnée	3 réponses

ANNEXE D : Nombre d'IVG réalisées en 1999 par établissement breton (SAE)



Annexe E : Les guides d'entretien :

Pour les médecins pratiquant des IVG

Introduction :

- présentation
- cadre de l'entretien (stage, mémoire MISP).
- thème du mémoire :**Les difficultés de recrutement des médecins pratiquant des IVG**.
- justification du choix de la personne interrogée : **récemment recruté ou dans la pratique des IVG depuis 25 ans et plus**.

Consigne initiale :
Qu'est ce qui vous a amené à travailler dans un centre d'orthogénie ?
Existe-t-il des difficultés pour recruter des médecins pratiquant des IVG ? Quelles en sont les raisons selon vous ?
Quelles solutions pourraient améliorer le recrutement ?

Thèmes à aborder ou relances :

- **Parcours professionnel :**

1. Perception de ce type d'acte par les médecins, banalisation de l'acte après 25 ans de pratique d'IVG ou l'IVG demande toujours un engagement particulier des professionnels, un positionnement moral.
2. Qu'est ce qui vous a sensibilisé à l'IVG ?
3. Quelle formation avez-vous reçu ?
4. Votre statut, et mode de rémunération ?

- **Les raisons aux difficultés de recrutement :**

1. Démographie des gynécologues obstétriciens et médicaux;
2. Disparition du militantisme, banalisation de l'acte;
3. Statut, Rémunération;
4. Absence d'encadrement psychologique des médecins pratiquant ces gestes ;
5. Non sensibilisation des étudiants en médecine au cours de leurs études;
6. Pression des associations anti IVG;
7. Allongement des délais d'IVG de 10 à 12 SA , quelles conséquences sur le recrutement ?

- **Les solutions face aux difficultés de recrutement des médecins pratiquant des IVG:**

1. Effet de l'obligation des chefs de service hospitaliers d'organiser les IVG même s'ils font jouer la clause de conscience à titre personnel;
2. Statut, rémunération (contrats de praticien hospitalier contractuel depuis 1995 (renouvelable tous les 3 ans);
3. Sensibilisation et formation des jeunes médecins, repenser la pratique des IVG;
4. Augmenter l'IVG médicamenteux et les confier à d'autres professionnels (infirmières…);

En conclusion, les solutions que vous proposées pour améliorer votre pratique quotidienne de l'IVG et rendre votre métier plus attractif.

Pour les Directeurs des affaires médicales des établissements hospitaliers

Introduction :

- présentation
- cadre de l'entretien (stage, mémoire MISP).
- thème du mémoire :**Les difficultés de recrutement des médecins pratiquant des IVG**.
- justification du choix de la personne interrogée : **recrutements récents** .

Consigne initiale :
Pouvez-vous me raconter / les modalités de recrutements des médecins pratiquant des IVG ?
Votre établissement a-t-il rencontré des difficultés pour recruter ces médecins?
Quelles en sont les raisons selon vous ?
Quelles solutions pourraient améliorer le recrutement ?

Thèmes à aborder ou relances :

- Les difficultés pour recruter des médecins :

1. Différences géographiques, profil des médecins recrutés, modalités de recrutements, temps de la procédure.
2. Ces difficultés sont elles spécifiques au secteur public ?
3. Les conséquences sur la pratique des IVG.

- Les raisons :

1. Des besoins accrus les 5 prochaines années (fort départ à la retraite)
2. Statut, Rémunération
3. Démographie des gynécologues obstétriciens,
4. Disparition du militantisme
5. Absence de banalisation de l'acte après 25 ans de pratique, l'IVG demande toujours un engagement particulier des professionnels, perception de ce type d'acte par les médecins, positionnement moral.
6. Absence d'encadrement psychologique des médecins pratiquant ces gestes
7. Non sensibilisation des étudiants en médecine au cours de leurs études,
8. Pression des associations anti IVG
9. Allongement des délais d'IVG de 10 à 12 SA , quelles conséquences sur le recrutement ?

- Les solutions :

Le dispositif légal récent ou à venir :

5. Bilan de la mise en place des contrats de praticien hospitalier contractuel depuis 1995 (renouvelable tous les 3 ans)
6. Cadre de la loi hospitalière ?
7. Effet de l'obligation des chefs de service hospitaliers d'organiser les IVG même s'ils font jouer la clause de conscience à titre personnel.

Les solutions immédiates trouvées par votre établissement :

En conclusion, les solutions que vous proposez pour améliorer le recrutement?

1. Les solutions à court terme : statut, rémunération
2. Les solutions à long terme : sensibilisation et formation des jeunes médecins, repenser la pratique des IVG.

Annexe F : Tarification des IVG

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE.
8 février 1991 page 2018.
Arrêté du 14 janvier 1991.

------Relatif aux prix des soins et de l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

NOR: SPSS9100148A

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, le ministre des affaires sociales et de la solidarité, le ministre délégué au budget et le ministre délégué à la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment son article L. 162-38 ;

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 162-1 à L. 162-11

Vu la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 ;

Vu la loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 ;

Vu la loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982 ;

Vu l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986, notamment son titre VI, ensemble le décret n° 86-1309 du 29 décembre 1986,

Arrêtent :

Art. 1er. - Les prix limites des soins et de l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse instrumentale, pratiquées dans les établissements d'hospitalisation privés régis par les dispositions de l'article
L. 162-22 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

a) Interruption volontaire de grossesse : 372,00 F

b) Anesthésie générale : 310,00 F

c) Investigations biologiques préalables à l'intervention : 88,00 F

d) Accueil et hébergement, y compris les frais de salle d'opération pour une durée :
- égale ou inférieure à douze heures : 442,16 F
- comprise entre douze et vingt-quatre heures : 627,37 F
- pour vingt-quatre heures supplémentaires : 185,18 F

Art. 2. - Les prix limites des soins et de la surveillance afférents à l'interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux, pratiquée dans
les établissements d'hospitalisation privés régis par les dispositions de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

a) Investigations biologiques sanguines préalables à l'interruption de grossesse : 88,00 F

b) Consultation initiale comportant la prise de 3 comprimés de Myfégyne 200 médecins généralistes : 393,00 F

c) Consultation secondaire comportant l'administration de prostaglandines et surveillance en établissement agréé : 647,66 F

d) Consultation ultérieure de contrôle et vérification de l'interruption de grossesse par méthode biologique ou échographique : 182,80 F

Art. 3. - Les prix limites des forfaits relatifs aux prix des soins et de l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse, pratiquée dans les établissements d'hospitalisation publics ou participant au service public hospitalier, sont les suivants :

a) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse sans anesthésie pour une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à douze heures : 902,16 F

b) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse avec anesthésie générale pour une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à douze heures : 1212,16 F

c) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse sans anesthésie pour une durée d'hospitalisation comprise entre douze et vingt-quatre heures : 1087,37 F

d) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse avec anesthésie générale pour une durée d'hospitalisation comprise entre douze et vingt-quatre heures : 1397,37 F

e) Forfait pour vingt-quatre heures supplémentaires : 185,18 F

f) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux: 1311,46 F

Art. 4. - Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 14 janvier 1991.