



Inspection générale  
des affaires sociales  
RM2009-098A

# La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse

RAPPORT

Établi par

Claire AUBIN

Danièle JOURDAIN MENNINGER

Avec la participation du Dr. Laurent CHAMBAUD

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Octobre 2009 -



## Synthèse

La loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception, à l'interruption volontaire de grossesse et à l'éducation à la sexualité a fait de l'activité d'IVG une composante de l'offre de soins, intégrée dans le Code de la santé publique. La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique se fixe pour objectif d'« assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ». Les questions d'organisation de l'activité d'IVG dans le système de soins sont pour cela essentielles. Si des progrès indéniables ont été réalisés, la place de l'IVG en tant qu'activité médicale n'est pas encore normalisée et les avancées, partielles, demeurent fragiles.

### *Des progrès indéniables ont été réalisés dans la prise en charge de l'IVG*

Différentes dispositions introduites dans les textes législatifs et réglementaires depuis 2001 ont permis d'améliorer la prise en charge de l'IVG, mais c'est aussi grâce à l'implication des pouvoirs publics et des différents acteurs de terrain que l'accès à l'IVG et son intégration dans le système de soins ont été facilités.

D'après la plupart des professionnels rencontrés par la mission, la modification de la loi qui permet une dérogation à l'autorisation parentale pour les mineures en demande d'IVG a apporté une réponse à des situations qui avaient été vécues comme très difficiles; des difficultés persistent néanmoins pour la mise en œuvre opérationnelle de cette disposition, notamment pour assurer la confidentialité, l'anonymat, et la gratuité prévue dans ce cas par la loi.

Une autre mesure, particulièrement discutée, de la loi du 4 juillet 2001, résidait dans l'allongement du délai légal de **12 à 14 semaines** d'aménorrhée, qui avait été prise notamment pour diminuer le nombre des femmes contraintes de se rendre à l'étranger parce qu'elles se trouvaient hors délai, à l'époque estimé à environ 5000 par an. Cette disposition, dont certains redoutaient les effets, ne semble pas avoir conduit à reporter les décisions : le nombre des IVG pratiquées à ce stade de la grossesse ne représente que **3%** du total des IVG déclarées dans les établissements de santé. Il faut noter toutefois que **tous les établissements ne prennent pas en charge les IVG « tardives »**, et que certains refusent de pratiquer la technique instrumentale pour ces interventions. Dans ce cas, soit les équipes imposent, comme en Alsace, le recours à la voie médicamenteuse, soit elles réorientent les femmes vers d'autres établissements hospitaliers parfois éloignés. Ces refus de prise en charge sont susceptibles d'entraîner de graves difficultés pour les femmes qui s'approchent de l'échéance légale pour interrompre leur grossesse ; par ailleurs elles risquent à terme de concentrer la charge des interventions considérées comme les plus délicates sur les mêmes établissements.

La faible part des IVG tardives est à rapprocher de la **tendance globale à la réduction des délais de prise en charge**, liée à des efforts d'organisation et aussi à une plus grande fluidité des procédures d'accès : ainsi l'entretien psychosocial, devenu facultatif, sauf pour les mineures, est peu demandé par les femmes. Le **délai moyen** entre la demande d'IVG et la réalisation de l'intervention est désormais évalué à **une semaine** (les recommandations de la Haute autorité de santé fixent un maximum de 5 jours), mais cette moyenne recouvre d'importantes variations ; **il reste supérieur à 15 jours dans un établissement sur vingt**, en général ceux qui ont la plus forte activité d'IVG, en **Ile-de-France** et **PACA**. Pour les femmes qui souhaitent avoir recours à la voie médicamenteuse, la gestion des délais peut se révéler tendue, puisque la HAS ne recommande pas cette méthode au-delà de 9 semaines d'aménorrhée.

Cette contrainte n'a pas empêché **un développement important de la méthode médicamenteuse** qui représentait en 2006 près de **46% des IVG réalisées en France**, avec de très fortes variations entre régions (30% en Aquitaine, 80% en Alsace), et selon les établissements. La loi a autorisé les IVG médicamenteuses en ville jusqu'à 7 semaines, pour les médecins libéraux, et récemment pour les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé. La pratique en ville reste encore marginale, estimée par la DREES en 2007 à quelque 20 000 interventions, soit environ 9% du total des IVG. Elle concerne en majorité des gynécologues, essentiellement dans les régions de forte demande dans lesquelles l'accès en établissement hospitalier s'avère plus difficile, comme en Ile-de-France ou PACA. Dans l'ensemble, ces professionnels libéraux sont plus soucieux de rendre service à leurs patientes que de s'engager de manière volontariste dans une activité qu'ils jugent peu gratifiante, peu rémunératrice et lourde sur le plan administratif. **L'ouverture de l'IVG à la médecine de ville n'en apporte pas moins une contribution précieuse au développement de l'offre de soins dans les zones de forte tension**, que la récente publication des textes réglementaires relatifs à la prise en charge dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé devrait permettre de compléter et développer.

### *Pour autant, la place de l'IVG dans le système de soins n'est pas encore normalisée*

L'IVG n'est pas encore traitée comme une activité médicale tout à fait comme les autres et continue à mains égards de faire l'objet d'un traitement à part.

Malgré un dispositif d'information lourd, voire redondant, **la réalité de cette activité reste mal connue**, et des **zones d'ombre** persistent dans la connaissance, tant en termes quantitatifs que qualitatifs.

Selon la loi de 1975, tout acte d'IVG doit faire l'objet d'une déclaration obligatoire. Ce dispositif de suivi spécifique, complété par la statistique annuelle d'établissement (SAE) et le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ne permet pourtant pas de connaître avec certitude le nombre des IVG ni les caractéristiques des patientes. Des données de base comme la part des mineures procédant à une IVG sans le consentement des parents, sur les 14 000 mineures qui interrompent une grossesse, le nombre des IVG récurrentes, le « vécu » des femmes notamment en fonction de la méthode utilisée, ne sont pas connues. Les résultats de l'enquête réalisée en 2007 sous l'égide de la DREES devraient permettre de pallier en partie ce déficit d'information.

L'IVG mettant en jeu des points de vue personnels de nature philosophique ou religieuse, il est particulièrement nécessaire de développer un corpus commun de connaissances reposant sur des données fiables et reconnues. Les lacunes du système d'information mais plus encore la faible diffusion et appropriation des résultats dans le public favorisent la propagation de discours radicalement opposés, fondés sur des impressions et des partis pris plus que sur l'analyse objective de données de fait : ainsi les uns évoquent-ils des facilités excessives d'accès à l'IVG là où pour les autres il est de plus en plus compliqué d'interrompre une grossesse.

Les femmes en demande d'IVG ne sont pas non plus toujours traitées en patientes comme les autres. Prescriptrices de l'intervention, elles restent confrontées à **des attitudes culpabilisantes** de la part de certains personnels d'accueil ou soignants. Si les pressions de nature morale n'ont pas totalement disparu, elles se voient plus souvent reprocher leur incapacité à gérer leur « devoir contraceptif » et la qualification de « récidivistes » qui leur est couramment appliquée lorsqu'elles ont recours plus d'une fois à l'IVG en dit long sur la façon dont elles sont considérées. Alors que les travaux d'étude montrent qu'une méthode choisie par la patiente sera mieux supportée par elle et que selon les recommandations de la HAS « dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale », les décisions prises en la matière reflètent plus souvent les choix organisationnels des établissements et l'orientation des équipes soignantes.

**La douleur est une préoccupation inégalement partagée** selon les services et peu traitée dans les travaux d'étude de même que **le vécu par les patientes**. Des équipes ont éprouvé le besoin de mettre en place des questionnaires de satisfaction dans les établissements, mais ces initiatives restent ponctuelles et il n'a pas à ce stade été jugé possible d'effectuer une enquête globale de satisfaction auprès des femmes ayant interrompu leur grossesse. La dimension psychologique de l'IVG est mal prise en compte, malgré son importance tant pour les patientes que pour les soignants, en dehors des possibilités offertes à ces derniers par l'invocation de la clause de conscience.

La **faible valorisation financière de l'activité** illustre bien le fait que l'IVG n'est pas encore tout-à-fait une activité comme une autre au sein de l'offre de soins. Bien qu'elle soit intégrée depuis 2003 dans le budget de l'assurance maladie, l'activité d'IVG ne relève pas de la tarification à l'activité, mais d'un régime spécifique, fondé sur un prix forfaitaire fixé par arrêté ministériel, majoré de 20% en 2008 et qui vient à nouveau d'être relevé par l'arrêté du 4 août 2009. En dépit de ces revalorisations successives, l'IVG, dont le coût est de l'ordre de 70M € (sous réserve du ticket modérateur) demeure pour les établissements hospitaliers **une activité déficitaire** : l'écart serait de l'ordre de 50% pour l'IVG chirurgicale, à partir d'une étude de coût que la mission a recueilli, et par comparaison avec une activité médicale de technicité comparable, comme la prise en charge des fausses couches spontanées.

### *Son assise en tant qu'activité médicale demeure fragile*

L'intégration de l'IVG dans l'offre de soins repose sur des bases fragiles qui menacent de se restreindre, tant en termes d'établissements, que d'équipes et de choix techniques.

On assiste à une **concentration de l'activité** d'IVG, avec une diminution du nombre des établissements qui la pratiquent : ceux-ci n'étaient plus que 639 en 2006 contre 729 en 2000. La loi du 4 août 2001 avait levé les restrictions à l'activité d'IVG dans les établissements privés à but lucratif, mais paradoxalement, ceux-ci se désengagent et le secteur public représente désormais les trois quarts de l'activité. La proportion croissante d'interventions réalisées dans des établissements de santé publics importants (ayant une activité supérieure à 1000 IVG dans l'année) ne présente pas que des inconvénients, sur le plan de l'efficacité ou de l'organisation, et elle autorise sans doute un plus grand anonymat pour les femmes. Mais il reste primordial de **maintenir** dans la programmation régionale **une offre de proximité**, car la médecine libérale, les centres de santé ou les CEPF ne pourront pas, à eux seuls, offrir aux femmes souhaitant interrompre leur grossesse la solution souhaitée.

**Les structures hospitalières sont loin de toutes offrir l'éventail complet des techniques d'IVG**, et le taux d'utilisation des différentes méthodes peut varier considérablement d'un établissement à l'autre.

La **méthode médicamenteuse** constitue une avancée très importante, dans la mesure où elle offre une alternative nouvelle permettant d'élargir le choix des femmes. Bénéficiant d'une image a priori attractive auprès des femmes, d'une tarification moins désavantageuse pour les établissements hospitaliers et présentant pour eux de moindres contraintes d'organisation, en particulier parce qu'elle ne nécessite pas le recours au bloc opératoire, cette technique présente une **forte dynamique de développement**. Mais **le risque serait qu'elle devienne une technique hégémonique se substituant aux autres méthodes** : elle n'est pas nécessairement adaptée à toutes les femmes et au plan de l'organisation hospitalière, elle suppose la mise en place d'un accompagnement qui nécessite des moyens humains importants. On ne saurait donc attendre une économie substantielle, sauf à accepter des conditions de prise en charge dégradées.

La **faible attractivité de l'activité d'orthogénie pour les futurs médecins** pose problème pour le **remplacement des générations « militantes »** qui assureraient l'activité et atteignent l'âge du départ à la retraite. La moitié des médecins qui pratiquent actuellement l'IVG n'ont pas le statut

de praticien hospitalier Certains centres d'IVG mènent des actions volontaristes de formation et de tutorat pour accueillir et former les internes, mais ces initiatives sont loin d'être systématiques. Les mêmes problèmes de formation, d'image et d'attractivité se posent au niveau des sages femmes, qui jouent un rôle essentiel aussi dans l'activité d'orthogénie ; ils touchent aussi de manière complémentaire les conseillères conjugales et familiales, profession dont l'IGAS, dans un rapport récent, a souligné la dévalorisation alors qu'elle est un maillon indispensable de l'activité d'orthogénie.

Pour être traitée comme une composante à part entière de l'offre de soin, il importe que l'activité d'IVG soit inscrite en tant que telle, comme c'est le cas dans certaines régions, dans la planification sanitaire au plan régional et dans les relations contractuelles entre les instances régionales et les établissements de santé (contrats d'objectifs et de moyens). L'inscription dans les projets d'établissement et de pôle est par ailleurs un signe révélateur de la considération portée à l'activité d'orthogénie, qui doit éviter d'en faire la variable d'ajustement des réorganisations hospitalières.

La prise en charge de l'IVG peut et doit donc encore être améliorée et le rapport formule une série de recommandations à cet égard. Celles-ci n'impliquent pas de modification substantielle dans l'économie générale du dispositif législatif. En revanche, il apparaît essentiel d'en améliorer les conditions de fonctionnement et de reconnaître cette activité comme une part de l'offre de soins, en l'intégrant dans l'organisation hospitalière et territoriale, en maintenant la possibilité d'accès à toutes les techniques, en lui donnant une place plus importante dans les formations des professionnels et en la rendant plus attractive au plan financier et professionnel.

# Sommaire

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>LA PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE.....</b>	<b>10</b>
1. DES PROGRES INDENIABLES DANS L'ACCES ET LA PRISE EN CHARGE DES IVG .....	11
1.1. <i>L'intervention du législateur a redonné une impulsion à la prise en charge des IVG .....</i>	<i>11</i>
1.2. <i>Le recours à l'IVG reste stable et s'identifie moins à un parcours d'obstacle systématique.....</i>	<i>22</i>
2. LA PLACE DE L'IVG DANS LE SYSTEME DE SOINS N'EST PAS ENCORE NORMALISEE .....	35
2.1. <i>Au niveau de la connaissance : des zones d'ombre demeurent malgré un dispositif lourd.</i>	<i>35</i>
2.2. <i>Au niveau de la prise en charge : des patientes pas tout-à-fait comme les autres ? .....</i>	<i>39</i>
2.3. <i>Au niveau du système de santé : une activité pas tout à fait comme les autres ? .....</i>	<i>45</i>
3. L'ASSISE DE L'IVG EN TANT QU'ACTIVITE MEDICALE DEMEURE FRAGILE.....	57
3.1. <i>Une activité qui demeure très dépendante des équations personnelles et locales.....</i>	<i>57</i>
3.2. <i>Une concentration de l'offre de soins.....</i>	<i>58</i>
3.3. <i>Les ambiguïtés autour de la clause de conscience .....</i>	<i>59</i>
3.4. <i>Un risque de resserrement de l'éventail des méthodes.....</i>	<i>60</i>
4. RECOMMANDATIONS POUR ASSURER LE BON FONCTIONNEMENT ACTUEL ET FUTUR DU SERVICE PUBLIC D'IVG.....	65
4.1. <i>Améliorer la connaissance et l'exploitation des différentes données relatives à l'IVG .....</i>	<i>66</i>
4.2. <i>Intégrer l'IVG comme une composante à part entière de l'offre de soins.....</i>	<i>68</i>
4.3. <i>Garantir l'accès à toutes les techniques d'IVG.....</i>	<i>71</i>
4.4. <i>Revaloriser l'activité d'IVG sur le plan financier et professionnel.....</i>	<i>73</i>
<b>PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>77</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>	<b>79</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>89</b>
<b>ANNEXE 1 : LES QUESTIONS RELATIVES A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE CHEZ LES MINEURS.....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXE 2 : LA PRATIQUE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE, PROTOCOLE D'ENQUETE ET SCHEMA D'INSPECTION.....</b>	<b>115</b>
<b>ANNEXE 3 : LA TARIFICATION DE L'IVG .....</b>	<b>121</b>
<b>ANNEXE 4 : LA PRATIQUE DE L'IVG .....</b>	<b>149</b>

<b>ANNEXE 5 : LES METHODES DE L'IVG .....</b>	<b>153</b>
<b>ANNEXE 6 : LES « PETITES MAISONS » OU LA PRATIQUE DE L'IVG EN BELGIQUE FRANCOPHONE .....</b>	<b>165</b>
<b>SIGLES UTILISES .....</b>	<b>173</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>175</b>

## Introduction

Dans le cadre du programme annuel de travail de l'Inspection générale des affaires sociales pour 2008, la ministre de la santé et des sports a approuvé le lancement d'une mission d'évaluation des politiques publiques relative à la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, suite à la loi du 4 juillet 2001. Cette mission a été confiée à Mesdames Claire AUBIN et Danièle JOURDAIN MENNINGER, Inspectrices générales des affaires sociales, avec la participation du Docteur Laurent CHAMBAUD, relecteur-discutant, qui a par ailleurs assuré le suivi des travaux sous l'angle médical.

Pour cette mission les inspectrices générales ont procédé à l'audition d'un grand nombre d'acteurs au niveau national, dont la liste figure en annexe : responsables politiques et administratifs, représentants des agences sanitaires, des organismes de protection sociale, professionnels de la santé, de l'éducation et du secteur social, responsables associatifs, représentants d'organisations professionnelles, chercheurs et universitaires, personnes qualifiées, ... La mission a également contacté et s'est entretenue avec des professionnels de santé exerçant en ville et dans les établissements de santé, médecins généralistes et gynécologues. Lors des discussions sur le projet de loi « hôpital, santé, patients, territoire », les inspectrices générales ont été auditionnées par la présidente de la délégation aux droits des femmes et ont participé à une table ronde avec des parlementaires.

Les administrations centrales ont essayé d'apporter à la mission les éléments dont elles disposaient. Des contacts suivis ont été entretenus avec les responsables de plusieurs travaux d'enquête en cours, dont les résultats, non encore disponibles, n'ont pu être formellement intégrés au présent rapport mais dont de premiers retours ont été confrontés aux informations recueillies sur le terrain. Il s'agit notamment de l'enquête par sondage effectuée en 2007 sous l'égide de la DREES concernant les recours à l'IVG, dont les premières analyses devraient être publiées très prochainement, ainsi que de la campagne d'inspections systématiques en cours de réalisation par les services déconcentrés du ministère de la santé auprès des établissements publics et privés ayant une activité d'IVG. Une abondante littérature a enfin été consultée dont on trouvera une liste indicative en annexe.

Pour les investigations sur le terrain qui ont donné lieu à de multiples rencontres et déplacements entre les mois d'octobre 2008 et de mai 2009, les inspectrices générales se sont notamment rendues à Paris et dans plusieurs départements d'Ile de France, en Limousin, dans les Pays de Loire, le Nord-Pas de Calais, en Alsace, en Martinique. Sur chacun des sites, elles ont travaillé en étroite collaboration avec les médecins inspecteurs et autres membres de l'encadrement des DDASS et DRASS, se sont rendues dans les établissements de santé publics et privés, les centres de planification et d'éducation familiale, ont rencontré des professionnels, des élus et responsables des services des collectivités locales ainsi que de multiples acteurs locaux dont la liste est également fournie en annexe.

Les inspectrices générales se sont par ailleurs rendues en Belgique francophone pour y examiner la pratique des IVG dans des petites structures procédant quasi exclusivement par aspiration sous anesthésie locale et offrant un accompagnement à la fois médical et familial.

La mission tient à remercier l'ensemble des personnes et institutions rencontrées qui lui ont réservé le meilleur accueil et ont apporté leur contribution à la réalisation de ce travail, sans ménager leurs efforts et dans un esprit d'ouverture.

## La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse

Le présent rapport thématique se concentre sur les conditions de prise en charge de l'IVG. Il vise à évaluer l'impact sur la mise en œuvre concrète du droit à l'IVG des modifications législatives et réglementaires intervenues au cours de la dernière décennie.

Le champ des travaux a été dès le départ circonscrit, pour ce qui concerne les interruptions de grossesse, à celles pratiquées, à la demande de la femme enceinte, jusqu'à la fin de la douzième semaine de grossesse (ou quatorzième semaine d'aménorrhée)<sup>1</sup>. Les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical, qui répondent à une problématique et obéissent à des règles différentes<sup>2</sup>, ne sont donc pas abordées dans le présent rapport.

Le recours à l'IVG, l'évolution du phénomène, ses enjeux, les questions relatives à la prévention des grossesses non désirées font l'objet d'une analyse dans le rapport de synthèse auquel le présent rapport est joint.

On se contentera de rappeler que le nombre des IVG pratiquées en France s'est stabilisé aux environs de 200 000 par an<sup>3</sup> et qu'après 30 ans de légalisation de la contraception dite moderne, l'IVG reste un évènement probable dans une trajectoire féminine puisqu'en moyenne près d'une femme sur deux y aura recours au cours de sa vie<sup>4</sup>. Pour autant l'avortement est loin d'être devenu un acte banal ou anodin, tant pour les femmes qui y ont recours que pour les professionnels qui le pratiquent<sup>5</sup>.

La réalité des chiffres reste néanmoins mal connue, et rend difficile l'évaluation de certaines modifications récentes comme le nombre de mineures ayant recours à l'avortement sans autorisation parentale ; les comparaisons avec nos voisins européens sont quasi inexistantes et pour celles qui existent, peu opérantes.

Les femmes qui désirent interrompre une grossesse non désirée ont le droit d'être prises en charge : la mise en œuvre du droit à l'IVG correspond à une obligation de service public. Elles ont également le droit d'être prises en charge dans de bonnes conditions matérielles, physiques, morales.

Car, comme l'indique l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe dans sa résolution adoptée le 16 avril 2008<sup>6</sup>, même dans les Etats où l'avortement est autorisé, pour garantir aux femmes l'accès effectif à ce droit, un certain nombre de conditions doivent être réunies, et qui ne le sont pas toujours : le manque de structures de soins de proximité, le manque de médecins qui acceptent de pratiquer l'avortement, les consultations médicales obligatoires répétées, les délais de réflexion et les délais d'attente pour obtenir un avortement sont autant d'obstacles qui peuvent rendre l'accès à des services d'avortement plus difficile, voire impossible dans les faits.

---

<sup>1</sup> Article L 2212-1 du Code de la santé

<sup>2</sup> Article L 2213-1 du Code de la santé

<sup>3</sup> A. Vilain, « les interruptions volontaires de grossesse en 2006 » *Etudes et résultats* n° 659, septembre 2008

<sup>4</sup> Dans les conditions observées en 2000, on estime que 40% des femmes en France auront recours à une IVG au cours de leur vie reproductive. Cf. N Bajos et al, *Population et Sociétés*, n° 407, décembre 2004.

<sup>5</sup> Enquête COCON (enquête quantitative sur les pratiques contraceptives et le recours à l'IVG en France INSERM-INED).

<sup>6</sup> Accès à un avortement sans risque et légal en Europe » Résolution 1607 (2008) adoptée par l'Assemblée du Conseil de l'Europe le 16 avril 2008 sur le rapport de la commission sur l'égalité des chances pour les femmes et pour les hommes (Wurms. G), et l'avis de la commission des questions sociales et de la santé et de la famille (McCafferty.C).

C'est pourquoi les questions d'organisation, de formation, de remplacement des professionnels, de visibilité des ressources et des dépenses, les liens entre les établissements de santé et les centres de planification familiale comme l'intégration de cette activité dans les différents outils de planification et d'organisation sont autant de critères qui permettent une évaluation des processus permettant la prise en charge de l'IVG.

De l'enquête de terrain et des nombreux entretiens qui fondent le présent rapport, il ressort que les modifications législatives et réglementaires ont permis de réaliser au cours de la dernière décennie des progrès indéniables dans la prise en charge des IVG (I). Mais ces avancées restent incomplètes, de réels dysfonctionnements sont observés, témoins que la place de l'IVG dans le système de soins n'est pas encore normalisée (II). Au total l'assise de l'IVG en tant qu'activité médicale demeure fragile et menacée(III). L'observation confirme de ce point de vue les analyses selon lesquelles le principal risque pour l'avenir réside moins dans une remise en cause du droit à l'IVG en tant que tel que dans une dégradation insidieuse de ses conditions de prise en charge.<sup>7</sup>

## **1. DES PROGRES INDENIABLES DANS L'ACCES ET LA PRISE EN CHARGE DES IVG**

### ***1.1. L'intervention du législateur a redonné une impulsion à la prise en charge des IVG***

#### **1.1.1. La mobilisation des pouvoirs publics**

##### **1.1.1.1. L'affirmation dans la loi d'une approche de santé publique**

Prenant acte d'informations données notamment par un certain nombre d'associations, et de rapports comme ceux du Pr.Nisand<sup>8</sup> et du Dr.Uzan<sup>9</sup>, qui relevaient de nombreux dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la loi Veil, le législateur a souhaité avec l'adoption de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception lever certains verrous afin de rendre l'IVG plus accessible aux femmes.

En terme d'objectif de politique publique, c'est bien celui de la réduction des grossesses non désirées, notamment chez les jeunes femmes mineures, qui a été affirmé dans la loi du 4 juillet 2001, dans le rapport du groupe de suivi de cette loi<sup>10</sup>, et repris dans la circulaire du 6 juillet 2003. Cette orientation, a été réaffirmée récemment par la ministre de la santé et des sports, en réponse à une question orale à la tribune de l'Assemblée nationale: *«les mesures prises pour rendre moins difficile l'accès des femmes à l'IVG (multiplication des structures susceptibles de mettre en œuvre cette activité, revalorisation tarifaire) s'inscrivent en complémentarité d'une politique volontariste pour prévenir les grossesses non désirées<sup>11</sup>»*.

La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique a inscrit dans son rapport annexe un objectif 97 qui prévoit *« d'assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence, et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir*

<sup>7</sup> N. Bajos, C.Moreau, H.Leridon, M.Ferrand , « pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » *Population et Sociétés*, n° 407, décembre 2004

<sup>8</sup> I. Nisand. *l'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*, rapport à la ministre de l'emploi et de la solidarité », février 1999

<sup>9</sup> F.Uzan « Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes », 1998

<sup>10</sup> E. Jeandet Mengual »rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception », décembre 2002

<sup>11</sup> Réponse à une question orale de C. Vaneste à l'Assemblée nationale

recours, assorti d'un objectif préalable, « améliorer les connaissances relatives à l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG ».

Cet objectif est accompagné de deux indicateurs :

- nombre d'IVG survenant en l'absence de contraception ou suite à une mauvaise utilisation de la méthode de contraception,
- population de femmes sexuellement actives qui ne souhaitent pas de grossesses ou ont au moins un rapport sexuel sans utiliser de méthode contraceptive au cours des 28 derniers jours.

Tableau 1 : Reproduction, contraception, ivg

		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	97	Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.	Améliorer les connaissances relatives à l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG.	* Nombre d'IVG survenant en l'absence de contraception ou suite à une mauvaise utilisation de la méthode de contraception. * Population de femmes sexuellement actives qui ne souhaitent pas de grossesse et ont au moins un rapport sexuel sans utiliser de méthode contraceptive au cours des 28 derniers jours

Source : extrait de l'annexe à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

#### 1.1.1.2. Le suivi de la mise en œuvre des textes

L'adoption des deux lois du 4 juillet 2001 et du 9 août 2004 a conduit les administrations centrales de l'Etat et un certain nombre de services déconcentrés à mener des enquêtes et études pour voir comment ces textes pouvaient s'appliquer sur le terrain.

Le groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 cité supra a analysé sur le terrain et avec les professionnels les principales difficultés de mise en œuvre des dispositions nouvelles et formulé des propositions pour y répondre. Le rapport du groupe national d'appui a été suivi, en 2003, selon les procédures classiques de l'IGAS, d'une commission des suites<sup>12</sup>.

Les interlocuteurs rencontrés par la mission qui ont participé à ce groupe de suivi ont tous souligné le caractère utile et mobilisateur de cette instance. La circulaire du 16 juillet 2003 reprend à l'attention des services déconcentrés de l'Etat et des directeurs d'établissements la liste des recommandations qu'il leur incombe de mettre en œuvre<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Rapport du groupe national d'appui présidé par E Jeandet Mengual, membre de l'Inspection générale des affaires sociales

<sup>13</sup> Améliorer l'organisation de l'activité d'IVG au sein des établissements de santé pour raccourcir les délais d'accès aux interventions et de dégager les conditions satisfaisantes d'une intégration des « centres autonomes » dans le droit commun hospitalier, de faciliter la prise en charge des IVG des 11<sup>èmes</sup> et 12<sup>èmes</sup> semaines de grossesses encore insuffisamment pratiquées, de développer la technique médicamenteuse, susceptible de correspondre au choix des femmes et qui, en outre, ne nécessite ni hospitalisation ni plateau technique, re renforcer l'efficacité des permanences téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception, de favoriser la réduction des grossesses

Par ailleurs un appel à projets<sup>14</sup> a été lancé par la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS) afin de dresser un état des lieux des conditions d'accès et de la qualité de l'activité d'IVG dans les établissements de santé pratiquant des IVG ainsi que de l'organisation des services et moyens consacrés à cette pratique. Cette étude, menée sur 324 établissements de santé tirés au sort, dont 2/3 d'établissements publics, (trois-quarts en Ile de France et 14% en PACA), a été rendue à la DHOS en 2005. Elle dressait un certain nombre de constats dont la plupart restent encore valables en 2009 :

- des conditions d'accès correctes pour toutes les femmes et aussi pour les mineures ;
- la difficulté de prise en charge des IVG tardives notamment en matière de délais ;
- l'existence de disparités importantes, les régions Ile de France et PACA refusant plus de femmes qu'elles n'en prennent en charge ;
- les établissements qui offrent de meilleures conditions d'accueil étant ceux qui ont une activité d'IVG importante, toutes méthodes confondues, et dans la plupart des cas des établissements hospitaliers publics.

Sous réserve des précautions méthodologiques apportées par ses auteurs, (inclusion dans l'étude d'établissements très hétérogènes en ce qui concerne le nombre d'IVG pratiquées, et constat selon lequel le refus de prise en charge par un établissement ne veut pas forcément dire que la femme ne sera pas prise en charge du tout), la conclusion de l'étude mérite d'être notée : *ainsi, il apparaît que les principaux dysfonctionnements relèvent plus souvent de la structure et de l'organisation mises en place que d'un manque de moyens humains et techniques. En effet, les établissements offrant de moins bonnes conditions d'accessibilité disposent bien souvent d'un taux d'équipement matériel et humain au moins équivalent si ce n'est supérieur aux établissements plus performants* ».

Enfin, les préconisations proposées par les professionnels sont du même ordre que celles qui ont été présentées à la mission : dédier une structure et du personnel à l'IVG, revaloriser la rémunération et l'activité d'IVG, promouvoir la contraception et les liens entre professionnels de santé et monde éducatif. Ces préconisations restent, dans le cadre de ce présent rapport, toujours d'actualité. Il faut y ajouter, comme cela sera développé infra, la question de la démographie médicale concernant les médecins qui pratiquent l'IVG.

Une enquête par sondage a été réalisée en 2007 sous l'égide de la DREES sur les recours à l'IVG. Première du genre, cette enquête qui comporte 3 volets – structures, praticiens, femmes – vise à recueillir des données inédites sur le profil des femmes qui ont recours à l'IVG, sur leur parcours, sur les filières, les conditions et modalités de prise en charge de l'intervention, parcours des femmes dans le circuit de l'IVG. L'exploitation de cette enquête est en cours ; elle fait l'objet d'une analyse par l'INSERM, dont les résultats n'étaient pas encore disponibles au moment de l'achèvement de ce rapport.

En application de la directive nationale d'orientation (DNO) fixant les orientations des missions des services déconcentrés de l'Etat, un programme national prévoit l'inspection de l'ensemble des établissements de santé publics et privés pratiquant des IVG sur la période 2006-2010. Ce programme qui porte sur la totalité des établissements publics et privés s'intéresse à l'organisation de la prise en charge des IVG. Il a pour objectif de sensibiliser au niveau local les équipes hospitalières pour faire évoluer les organisations et améliorer la prise en charge. Il vise également à faire remonter au niveau national les difficultés rencontrées. Une première synthèse intermédiaire a été effectuée à l'automne 2009.<sup>15</sup>

---

*non désirées par le renforcement des dispositifs globaux d'information du public relatifs à l'éducation à la sexualité et à la contraception* ».

<sup>14</sup> Etude réalisée par la société « New Case » entre janvier et avril 2005 pour la DHOS

<sup>15</sup> Cette synthèse figure en annexe de la circulaire du 6 octobre 2009 relative à la pratique des IVG par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé. (DGS/MC1/DHOS/01/2009/304)

Si l'administration centrale des ministères a fait diligence pour élaborer la plupart des textes d'application, certaines dispositions des textes ont été prises avec retard, retard qui ne leur est pas forcément imputable : ainsi le décret autorisant la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins de ville n'a été pris que le 1<sup>er</sup> juillet 2004<sup>16</sup>, dans l'attente de la mise au point du processus médicamenteux, et il a fallu attendre le 6 mai 2009 pour que soit publié le décret pris en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 étendant cette possibilité aux centres de planification et aux centres de santé.

Pour définir un cadre de prise en charge médicale adaptée, la Direction générale de la santé (DGS) a saisi à deux reprises (2001 et 2007) la Haute autorité de santé (HAS) qui a émis des recommandations pour la prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines.

Une séance spécifique de la commission nationale de la naissance du 20 octobre 2006 a été consacrée à l'IVG, en tenant compte du fait que, notamment dans les SROS 3<sup>ème</sup> génération, l'IVG fait partie des thématiques reliées à la périnatalité. Les difficultés de l'accès en Ile-de-France et en région PACA avaient bien été notées, et trois leviers destinés à améliorer la situation avaient été préconisés : l'inscription de l'IVG dans les SROS, le développement de l'IVG médicamenteuse en ville et la prise en compte dans les réseaux de périnatalité de la thématique de l'IVG.

#### 1.1.1.3. Les services déconcentrés ont relayé ces orientations:

- pour suivre la mise en œuvre : dans certaines DRASS, dès 2001, et en liaison avec les Médecins inspecteurs de santé publique des DDASS, les Médecins inspecteurs régionaux ont de leur propre initiative organisé des enquêtes sur le terrain, pour examiner notamment la question de l'allongement des délais, la prise en charge des mineures notamment sans autorisation parentale, ou plus généralement le parcours des femmes. Ils se sont très largement mobilisés, en particulier dans les régions où on pouvait craindre des difficultés particulières d'accès pour diverses raisons qui seront décrites infra ;
- le programme national d'inspection dans le cadre de la DNO a étendu cette préoccupation à tous les services déconcentrés qui mènent une campagne d'inspections systématiques sur la mise en œuvre de la loi<sup>17</sup> par l'ensemble des établissements publics et privés. Ces inspections visent à réaliser une analyse partagée avec les établissements des difficultés d'organisation de l'activité d'IVG et des difficultés d'accès pour les femmes qui en découlent. Elles s'inscrivent de fait comme une aide opérationnelle à la mise en œuvre du SROS en ce qui concerne cette activité.

Le degré d'avancement des enquêtes<sup>18</sup> est variable. Il faut saluer cette initiative qui a permis de mobiliser les services déconcentrés sur cette question, mais en fonction de leur plan de charge. La mission de l'IGAS a parfois permis de réactiver les programmes d'enquêtes dont les résultats devraient offrir une base de travail pour les futures ARS.

---

<sup>16</sup> Il semble que des divergences sur les recommandations de l'ANAES sur la méthode, et les difficultés de négociations sur le montant du forfait rémunérant l'acte en aient retardé la publication

<sup>17</sup> Questionnaire en annexe

<sup>18</sup> Tableau d'avancement des enquêtes en annexe

## La région Limousin

Le SROS Limousin intègre l'activité d'IVG et les actions relatives à la contraception dans l'annexe populationnelle (jeunesse).

Dès 2004, la DRASS avait pris l'initiative de faire une enquête, qui figure en annexe, dans chacun des départements de la Région. Cette enquête, qui portait sur les années 2002 et 2003, permettait de cerner les difficultés à faire pratiquer les IVG pour les 12-14 semaines, ce qui conduisait encore à de nombreux départs à l'étranger. L'enquête, qui était complétée par un questionnaire d'évaluation de la satisfaction des femmes, avec un taux de retour de 60% a permis de motiver les établissements pour une meilleure reconnaissance de cette activité et une préparation utile pour la MAFI. Un travail est en cours avec l'ARH pour inclure l'activité d'IVG dans les règlements intérieurs des établissements comme cela se fait au CHU de Limoges, dans les projets d'activité et dans les CPOM.

- pour orienter les actions de santé publique: l'inscription dans les différents documents d'orientation de la politique régionale de santé publique, schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), plans régionaux de santé publique (PRSP) est inégale ; parfois absente, elle peut être aussi inscrite sous différentes rubriques dans les SROS, le plus souvent sous l'angle de la périnatalité, comme par exemple en Alsace ou dans les Pays de Loire. Rares sont les documents qui ont réellement décliné, d'une manière ou d'une autre, l'objectif 97 de la loi du 4 août 2004. Lorsque c'est le cas (Martinique, Guadeloupe, Alsace par exemple, ou Ile de France ), la mission a pu constater que les Groupements régionaux de santé publique (GRSP) étaient plus motivés pour étudier, soutenir et financer des projets innovants, comme par exemple la prise en charge financière de psychologues en Martinique dans les trois centres d'IVG publics, ou de postes de sages femmes pour la planification familiale en établissements sur des projets spécifiques comme en Limousin. La nouvelle loi hôpital, patients, santé, territoire (HPST) devrait permettre une plus grande implication des structures régionales dans l'organisation de l'activité sur leur territoire. Les futures agences régionales de santé (ARS) devront ainsi décliner au niveau régional les politiques de santé publique, piloter le schéma régional de l'organisation des soins, et rendre compte au conseil national de surveillance de leur plan stratégique régional de santé et ensuite des résultats de leur action, autant de leviers possibles pour suivre la prise en charge de l'IVG au plan régional sur le territoire ;
- pour inciter les établissements hospitaliers à organiser l'activité d'IVG : le SROS de l'Ile-de-France est l'un des plus abouti sur cette activité. La région réalisant un quart des IVG du territoire, il était en effet important que les autorités administratives en charge de ce dossier se donnent les moyens d'inscrire cette activité dans les orientations de la planification, notamment l'état. L'AP/HP s'est attachée à reprendre les préconisations du rapport Nisand concernant l'hôpital : développement d'unités fonctionnelles, sanctuarisation des moyens pour la bonne marche du service, postes de praticiens hospitaliers contractuels dédiés.

## La région Ile-de-France`

Le SROS prévoit dans son annexe 2-21 concernant l'IVG des engagements qualitatifs et quantitatifs à intégrer dans la contractualisation avec les établissements de santé

- les engagements quantitatifs visaient à traiter l'activité d'IVG comme toute autre activité médicale, avec des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS). Il a été très difficile d'obtenir que ces objectifs quantifiés soient intégrés dans les CPOM.

- les engagements qualitatifs reposaient sur six orientations :

1. organiser la permanence de l'activité pendant la période estivale au niveau du territoire entre les établissements publics et privés,
2. développer la méthode médicamenteuse, tout en offrant la possibilité d'un choix entre les différentes méthodes
3. assurer l'accueil, dans les délais adéquats, aux personnes dont la prise en charge peut nécessiter une attention et des moyens particuliers : mineures, délais tardifs, personnes en situation de précarité sociale ou psycho-sociale ; développer les collaborations nécessaires (avec les PASS, la psychiatrie les urgences....),
4. prendre en compte la douleur, à l'aide de protocoles de prise en charge validés (par le CLUD, les anesthésistes...)
5. développer l'information sur la pratique de l'IVG médicamenteuse hors établissements de santé,
6. améliorer le recueil d'information concernant les bulletins d'IVG.

### DEUX EXEMPLES

#### Le règlement intérieur de l'AP/HP

L' AP/HP réalise 22 % des IVG de la région Ile de France.

Le règlement intérieur de l'AP/HP intègre les engagements qualitatifs du SROS et surtout un engagement quantitatif, incluant le développement de l'IVG médicamenteuse. L'AP/HP s'est en effet engagée à maintenir son niveau global d'activité (13 700 IVG en 2004 pour l'ensemble des établissements), dans Paris et dans chacun des départements des Hauts de Seine, Seine Saint Denis et Val de Marne.

#### 2. Le CPOM du CH de Longjumeau

L'établissement s'est engagé à :

- organiser une permanence de l'activité IVG y compris pendant la période estivale,
- proposer les deux techniques de prise en charge des IVG (médicamenteuse et chirurgicale),
- prendre en charge la totalité des femmes qui se présentent dans le respect du délai légal de grossesse\*,
- prendre en compte la douleur à l'aide de protocoles de prise en charge validés,
- développer la pratique médicamenteuse hors de l'établissement de santé,
- améliorer le recueil d'information.

\* ce qui est une vraie difficulté dans cet établissement comme dans la plupart en Ile-de-France

Source : documents DRASSIF

La situation de l'Ile-de-France reste en effet très difficile, et certains établissements hospitaliers, dont l'activité de maternité est importante, n'ont pratiquement aucune activité d'IVG,

au prétexte de moyens insuffisants<sup>19</sup> : l'IVG est bien en ce cas une des variables d'ajustement de l'activité de l'établissement. Les délais pour obtenir un rendez-vous restent importants.

Mais d'autres services déconcentrés se sont également donné des objectifs pour mieux maîtriser cette activité.

### **Le département de la Nièvre**

Dans le département de la Nièvre, le taux d'IVG est supérieur à la moyenne, en particulier chez les femmes au chômage par rapport aux autres départements de Bourgogne, mais aussi à tous les âges de la vie des femmes. A la suite du diagnostic de la DRASS de Bourgogne, et avec la CPAM, la fédération des centres sociaux et la DDASS, un groupe de travail a été mis en place pour créer un réseau actif pour la prévention des IVG. Un financement sur trois ans (23 600 euro en 2008 et 34 290 en 2009) a notamment été alloué par le GRSP afin de mener des actions de préventions dans les milieux les plus concernés, de faciliter la sensibilisation des médecins libéraux pour développer l'IVG médicamenteuse, et de faciliter la création départementale d'un centre d'orthogénie. En fait, l'hôpital du chef lieu dispose d'un nombre important de médecins qui refusent de pratiquer l'acte d'IVG, et un hôpital local est à la recherche d'activités, pour faire travailler son bloc opératoire et pour survivre. De plus, cet établissement dispose d'un médecin généraliste qui pourrait être candidat pour un poste à temps complet dans un centre d'IVG. Pour les services déconcentrés, il s'agit là d'une des pistes de travail, d'autant qu'il existe une équipe dynamique, et volontaire pour participer à la création du centre d'orthogénie.

*Source : DDASS de la Nièvre*

### **La région Nord- Pas-de-Calais**

Un travail en commun a été organisé à l'initiative de la DRASS du Nord Pas-de-Calais permettant de mieux organiser l'activité d'IVG et en particulier de traiter de manière pluri-disciplinaire les différents aspects de la prise en charge. Il faut noter que l'activité d'IVG est inscrite dans les projets d'établissements ou de pôles dans la majorité des structures pratiquant des IVG. Le MIR a joué un rôle incitateur efficace en particulier pour déterminer un équilibre régional permettant une prise en charge équilibrée des IVG dans le délai des 12/14 semaines.

*Source : DRASS du Nord-Pas-de-Calais*

- pour développer l'IVG médicamenteuse en ville : sur ce point, l'administration centrale du ministère de la santé veille à ce que cette technique se développe, même si, et les analyses qui seront développées infra le montrent, cet objectif ne se décline de manière notable que si des difficultés d'accès à l'offre de soins dans les établissements de l'aire géographique sont importantes. Pour l'AP/HP, le développement de l'IVG médicamenteuse dans les services de ses établissements hospitaliers serait même, selon certains professionnels, considéré comme un critère de qualité.

<sup>19</sup> Même si un établissement du Nord Ouest de la Région parisienne avait reçu des moyens spécifiques de la part de la DRASSIF pour développer l'IVG et les a utilisé pour d'autres activités médicales

- pour évaluer les effets des modifications prévues par les textes : si le Parlement (délégation parlementaire aux droits des femmes) a été amené à effectuer des évaluations des dispositifs, en procédant à des auditions, la réalité sur le terrain est inégalement connue :
  - Les différentes commissions de la naissance installées dans les régions traitent aussi de l'IVG, et la mission a noté avec un grand intérêt l'initiative prise en région Ile-de-France de lancer une étude sur le parcours des femmes qui continuaient à se rendre à l'étranger<sup>20</sup>, étude malheureusement interrompue avant la remise des conclusions finales. C'est d'autant plus regrettable qu'il est devenu très difficile de disposer de ces éléments d'information, y compris pour le mouvement français pour le planning familial (MFPF), dans la mesure où une partie croissante des femmes placées dans cette situation s'adresse désormais souvent directement aux cliniques des pays voisins via internet. Les comités contraception, émanation des commissions régionales de la naissance du fait de la réorientation des priorités du Service des droits de femmes et de l'égalité, ne se réunissent peu ou plus sauf exception, alors qu'ils avaient, dans un premier temps, fait œuvre utile en travaillant avec tous ces partenaires.
  - Enfin, les permanences régionales téléphoniques d'information ont été mises en place au niveau des DRASS après l'adoption de la loi du 4 juillet 2001. Elles sont inégalement utilisées, souvent mal ou pas connues. D'après la dernière étude de la DREES, moins d'une structure sur cinq pratiquant des IVG indique dans l'enquête en cours travailler avec ces permanences. Lors des enquêtes de terrain, la mission de l'IGAS a souvent vu les affiches avec le numéro vert, sans que l'intégration de cette offre dans le fonctionnement de l'activité soit véritablement prévue et connue. Parfois, la proximité des structures rend la création de ces permanences peu utile. D'ailleurs, selon cette même étude de la DREES, les deux tiers des établissements de santé du secteur privé et le tiers des établissements du secteur public déclarent ne travailler ni avec la permanence régionale, ni avec un centre de planification ou un autre organisme<sup>21</sup>.

### 1.1.2. Une implication inégale des collectivités locales

#### 1.1.2.1. Des relations avec les collectivités territoriales souvent peu formalisées

Les missions des collectivités locales en matière de planification familiale sont prévues depuis la loi du 28 décembre 1967 (loi Neuwirth), dans l'article L. 2212-14 du code de la santé publique du code de la santé publique.

En ce qui concerne l'IVG, les départements sont partie prenante à plusieurs étapes du circuit :

- réalisation des entretiens pré-IVG par les conseillères conjugales et familiales, dans les établissements de santé ou dans les centres de planification familiale, en application de l'article L. 2212-4, et R. 2311-7 du code de la santé publique ;
- réalisation des entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une IVG ;
- depuis la publication du décret du 6 mai 2009, réalisation de l'IVG médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

---

<sup>20</sup> L'objectif de la modification législative étendant le délai de 12 à 14 semaines était de répondre à la situation de certaines femmes, qui selon les associations, étaient souvent issues des milieux défavorisés, les plus fragiles ou les plus jeunes, et devaient partir à l'étranger, ayant dépassé le délai autorisé. L'exposé des motifs de la loi du 4 juillet 2001 estimait à 5000 le nombre de femmes dans cette situation.

<sup>21</sup> Etudes et résultats à venir

Il ressort tant des différents contrôles effectués par l'IGAS dans le domaine de la protection de l'enfance et de la PMI, que des constats faits par la présente mission, que la plus grande hétérogénéité règne dans l'approche que les collectivités locales font de cette question. Les missions sont souvent peu définies, ou déléguées, parfois sans véritable suivi ou contrôle, à des associations.

Des conventions sont théoriquement signées entre les conseils généraux et les établissements hospitaliers pour l'application de ces textes, cette compétence décentralisée pouvant s'exercer soit dans les CPEF, soit dans les établissements de santé eux-mêmes.

L'existence ou non d'une convention reflétant la réalité d'un travail en commun, ainsi que sa révision régulière figurent dans le questionnaire des enquêtes menées dans le cadre de la mission d'inspection prévue par la DNO précitée. D'après les premières enquêtes et ce qu'a constaté la mission à l'occasion de ses déplacements, l'hétérogénéité du conventionnement est à l'image de l'inégal intérêt que les départements portent à cette question, car la plupart des conventions, quand elles existent, sont rarement ou jamais révisées ni actualisées<sup>22</sup>.

Les moyens qui sont consacrés à ces actions sont généralement faibles et on aurait pu attendre davantage de l'action des collectivités locales : sans préjuger de leur action concernant la planification familiale et l'éducation à la sexualité, qui sera abordée dans les autres rapports thématiques, peu de conseils généraux se donnent des objectifs comme la réduction des grossesses non désirées dans les différents schémas départementaux de PMI, ou de l'enfance. Cela arrive lorsque l'élu en charge de la santé s'intéresse au sujet.

Sans prétendre à l'exhaustivité quelques bonnes pratiques intéressantes peuvent être citées qui illustrent l'implication possible des départements dans ce domaine. Ainsi dans le département de l'Essonne, ou dans celui du Calvados, l'activité de planification familiale fait partie du schéma départemental de la PMI, avec des objectifs et des moyens dédiés.

Lorsque des relations de partenariat existent, et qu'un réseau efficace a été constitué, des relations parfois difficiles au départ se sont apaisées (on peut citer en ce sens le rôle efficace de « l'observatoire de l'IVG » en Alsace, qui sera décrit ci-dessous, rassemblant tous ces partenaires, ou l'action de certains GRSP): les collectivités territoriales financent des postes de professionnels, conseillères conjugales et familiales, mais aussi des postes de psychologues, assistantes sociales, ou des dispositifs médicaux<sup>23</sup>.

### **Le département du Haut-Rhin**

Dans ce département, l'élu responsable des questions de santé au conseil général, médecin, s'est particulièrement investi sur le sujet. La mission a ainsi noté :

- toutes les maternités disposent d'un centre de planification, s'ajoutant aux centres de planification des PMI ;
- le temps d'intervention des sages-femmes rémunérées par le biais de la convention signée avec l'établissement hospitalier est évalué tous les ans ;
- les conventions sont évaluées et revues régulièrement ;
- les services de PMI/planification familiale du département participent à l'observatoire régional de l'IVG, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire (PMI et planification familiale) ;
- animation par le conseil général du Haut-Rhin d'un groupe de travail spécifique à l'IVG.

<sup>22</sup> Certaines conventions datent de 1967 et n'ont jamais été actualisées.

<sup>23</sup> la région Ile-de-France participe ainsi au financement de l'achat des échographes indispensables pour le respect des délais dans le fonctionnement des centres d'orthogénie.

### 1.1.2.2. Centres de santé, centres de planification et IVG médicamenteuse

Des conseils généraux comme celui de Seine-Saint-Denis ont depuis plusieurs années impliqué leurs centres de santé et de PMI dans la pratique de l'IVG médicamenteuse. D'autres, comme celui de l'Essonne, s'engagent résolument pour développer cette activité avec ses centres de PMI. Mais à ce jour, la plupart des départements n'évoquent pas encore cette possibilité. Il faut espérer que la publication le 6 mai 2009 du texte d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 permettra une plus grande mobilisation des départements pour la mise en œuvre de cette pratique. Pour certains départements ou régions, la mise en œuvre de cette disposition de la loi de financement de la sécurité sociale devrait apporter une réponse utile à des situations tendues en terme de files d'attente. Il est bien sûr trop tôt pour en apprécier les effets.

### 1.1.3. Le relai d'acteurs de terrain

#### 1.1.3.1. Un exemple de travail en commun des professionnels, « l'observatoire de l'IVG » en Alsace

En Alsace (35 000 naissances, 5000 IVG en 2007), l'organisation de l'activité d'IVG s'inscrit dans un travail d'ensemble réunissant tous les acteurs publics, et associatifs ayant à traiter du sujet.

#### L'observatoire de l'IVG en Alsace

Lancé par une initiative de l'hôpital Hautepierre de Strasbourg, l'observatoire de l'IVG fonctionne véritablement en partenariat, avec des représentants de l'administration déconcentrée, de l'assurance maladie, de professionnels de santé, des deux représentants des conseils généraux du Haut et du Bas Rhin, et d'associations impliquées dans la planification familiale.

La création de l'Observatoire de l'IVG a ainsi permis de développer une approche commune de l'activité, d'élaborer et de diffuser des protocoles sur la pratique, de donner une visibilité de l'activité par un diagnostic des forces et faiblesses de la région<sup>24</sup>. Des actions communes ont ainsi pu être organisées, comme celle qui a permis aux secrétaires médicales, qui constituent le premier contact avec les patientes, de recevoir une formation à l'accueil, ou d'engager un travail en commun sur la prise en charge des femmes étrangères en situation irrégulière.

*Source : DRASS Alsace*

La mission de l'IGAS, qui a rencontré les différents partenaires de l'observatoire de l'IVG en Alsace, a pu voir concrètement l'effet de cette mise en commun des questions et de recherche de solutions consensuelles.

#### 1.1.3.2. Un exemple de travail en commun des professionnels, le Réseau « Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie » (REVHO)

Les difficultés dans l'accueil des femmes devant réaliser une IVG en Ile-de-France ont incité au développement de l'IVG médicamenteuse parmi les médecins libéraux. L'action de médecins particulièrement motivés, dans le secteur public hospitalier comme en médecine de ville a été importante pour développer ce réseau. L'engagement de l'administration pour son financement a été un élément moteur de son développement.

<sup>24</sup> « Pour l'activité d'interruption volontaire de grossesse, l'implication des professionnels, notamment dans la mise en place de l'observatoire de l'IVG, rend satisfaisante, y compris en période estivale, la réponse aux besoins de prise en charge. À cet effet, la politique de prévention doit rester active et se traduire par des actions d'éducation, à l'attention plus particulière des adolescents ». (SROS 3 de la région Alsace, actualisation 2007 )

Le réseau mis en place en 2005 bénéficie d'un financement régional sur trois ans. Il apporte un soutien et une aide logistique aux professionnels et aux établissements dans la mise en œuvre du dispositif.

### Le réseau ville-hôpital REVHO en Ile-de-France

Le réseau REVHO sur l'IVG médicamenteuse en Ile-de-France est un «réseau de réseaux» qui regroupe les centres adhérents (à travers eux leurs équipes) et à travers leur réseau ville-hôpital, et des praticiens libéraux. Il a pour objectif de :

- favoriser l'accès des femmes à l'IVG médicamenteuse ;
- valoriser la méthode dans le respect d'un choix adapté aux patientes ;
- enseigner la pratique ;
- favoriser les échanges entre les praticiens ;
- évaluer la qualité médicale, sociale et psychologique des IVG réalisées dans ce nouveau contexte et la satisfaction des patientes ;
- évaluer la qualité des échanges entre les centres et les médecins de villes ;
- évaluer le coût financier de cette nouvelle procédure ;
- évaluer l'intérêt de REVHO.

Le réseau a été créé sous forme associative à l'initiative de quatre centres d'IVG de l'AP-HP au 1<sup>er</sup> janvier 2005 et renouvelé après évaluation externe en juillet 2006. D'après les derniers chiffres connus fin 2007, il incluait 16 établissements de santé et 207 médecins de ville ; il avait pris en charge 4500 femmes. Le réseau avait posé sa candidature pour s'inscrire dans l'enquête DREES/INSERM pour la partie, qui n'a pas été concrétisée, concernant la satisfaction des patientes ; l'objectif aurait été de la comparer avec celle des **femmes ayant eu une IVG médicamenteuse en établissement hospitalier ou une IVG chirurgicale**.

Le REVHO a bénéficié d'un financement de 385 000 euro sur 3 ans dans le cadre de la dotation régionale des réseaux.

Il organise des séances d'information sur l'IVG médicamenteuse en ville, des formations rémunérées à l'attention des médecins libéraux, l'élaboration et la mise à disposition de fiches d'information destinées aux femmes, la gestion des conventions et l'exploitation statistique des fiches de liaison entre les médecins et les centres d'IVG.

A ce stade la question du financement ultérieur de son fonctionnement est posé, et de l'évolution de son rôle dans les prochaines années.

Toutes les initiatives citées sont liées à l'engagement de personnalités emblématiques et particulièrement motivées, professionnels de santé et/ou responsables administratifs, qui permet de soutenir ces actions et de mobiliser les différentes parties prenantes. Mais la mission a rencontré de nombreux professionnels qui, chacun à leur niveau, s'attachaient à la « bienveillance » des femmes concernées, parfois dans un environnement peu favorable à l'activité d'IVG, et tient à le souligner.

#### 1.1.3.3. L'engagement de certains établissements de santé privés d'intérêt collectif

La loi du 4 juillet 2001 a mis fin au quota qui limitait l'activité d'IVG des établissements privés. Cependant, l'explosion d'activité escomptée ou redoutée n'a pas eu lieu, au contraire : on observe un désengagement des établissements privés qui en 2006 contribuaient pour un quart au total des IVG réalisées, part qui tend à diminuer.

**En effet, la part du secteur public dans l'activité d'IVG représente désormais près des 3/4 des IVG, et c'est surtout dans ces établissements que la part de l'IVG médicamenteuse est la plus importante (49% par rapport à 39% dans les établissements privés).**

Tableau 2 : Répartition des IVG selon le lieu d'intervention en France métropolitaine

		2002	2003	2004	2005	2006
Secteur public	Nombre d'IVG	140041	138150	146994	148316	154638
	Part des IVG médicamenteuses	37%	40%	45%	47%	49%
Secteur privé	Nombre d'IVG	66 655	65196	63670	57995	55061
	Part des IVG médicamenteuses	30%	34%	37%	37%	38%
Ensemble	Nombre d'IVG	206596	206346	210664	2063111	209699
	Part des IVG médicamenteuses	35%	38%	42%	44%	46%
Part des IVG en secteur public		68%	68%	70%	72%	74%

Source : BIG, SAE- DREES, A. Vilain, « les interruptions volontaires de grossesse en 2006 », *Etudes et résultats*, n°659, septembre 2006 (champ : France métropolitaine)

L'engagement des établissements hospitaliers du secteur privé est prévu à l'article L. 2212-8 du code de la santé publique, « un établissement de santé privé peut refuser que des IVG soient pratiquées dans leurs locaux. Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier, ou conclu un contrat de concession, en application des articles L. 6161-5 à 9, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux ».

En l'état actuel de l'activité d'IVG, c'est le cas, ce qui autorise des établissements privés, sur la base de positions de fond philosophiques, religieuses ou éthiques, à refuser de pratiquer cette activité. Il faudra voir comment les nouvelles dispositions de la loi HPST relatives aux missions de service public prendront en compte l'activité d'IVG et quelles en seront les répercussions sur les obligations de service public des établissements de santé privés.

Dans le cadre de ses entretiens sur le terrain, la mission a pu constater que certains établissements de santé privés d'intérêt collectif privés non confessionnels dans lesquels elle s'est rendue manifestent un engagement marqué vis à vis de cette activité qu'ils présentent comme essentielle pour les droits des femmes et qui est considérée comme telle par leur conseil d'administration, même si elle pèse sur leurs résultats de manière négative. L'activité d'IVG est complémentaire de l'activité de maternité et tient une place non négligeable<sup>25</sup>.

## **1.2. Le recours à l'IVG reste stable et s'identifie moins à un parcours d'obstacle systématique**

### **1.2.1. Le nombre d'IVG reste stable**

La persistance d'un taux élevé d'IVG, montre la complexité de l'articulation entre contraception et avortement. Si une part des avortements actuels est sans doute évitable grâce à une amélioration de l'efficacité contraceptive, il y aura toujours des grossesses que les femmes et/ou les couples ne souhaitent pas poursuivre. Il est d'ailleurs important de noter que c'est entre 18 et 29

<sup>25</sup> Deux exemples : dans un PSPH du sud parisien, en 2007, pour 2000 accouchements ont été pratiquées 563 IVG, dont 70 IVG dans le délai de 12/14 semaines, dans un autre PSPH des Pays de Loire, pour 3000 accouchements, l'établissement a effectué 641 IVG.

ans que les femmes ont le plus recours à l'avortement, à un moment où se pose, notamment, la question de l'articulation entre vie professionnelle et vie familiale.

Tableau 3 : Les IVG selon le groupe d'âge

	2002	2003	2004	2005	2006
Total IVG	206 596	203 346	210 664	206 311	209 699
15-17 ans	10 722	11 029	11 517	12 138	13 320
18-19 ans	16 468	16 290	17 408	17 658	18 549
20-24 ans	52 420	51 810	52 929	52 541	52 604
25-29 ans	44 227	42 824	44 001	42 735	43 891
30-34 ans	39 819	39 100	40 512	38 552	37 735
35-39 ans	29 503	28 621	29 706	28 407	29 122
40-44 ans	12 224	12 076	12 521	12 234	12 505
45-49 ans	1 180	1 559	1 313	1 127	1 145
15-49 ans	206 562	203 309	209 907	205 392	208 781

Champ : France métropolitaine

Source : DREES, Etudes et résultats, n° 659

Tableau 4 : Les IVG pour 1000 femmes

	2002	2003	2004	2005	2006
IVG pour 1000 femmes					
15-17 ans	8,9	9,0	10,0	10,6	11,5
18-19 ans	21,6	21,7	22,9	22,8	23,8
20-24 ans	27,6	26,7	27,2	26,8	27,1
25-29 ans	22,6	22,3	23,4	22,8	23,0
30-34 ans	18,8	18,2	18,8	18,0	18,0
35-39 ans	13,4	13,0	13,6	13,1	13,4
40-44 ans	5,7	5,6	5,7	5,5	5,6
45-49 ans	0,6	0,7	0,6	0,5	0,5
15-49 ans	14,4	14,1	14,6	14,3	14,5

Champ : France métropolitaine

Source : DREES, Etudes et résultats, n° 659

## 1.2.2. Le parcours menant à l'IVG s'est fluidifié

### 1.2.2.1. Les consultations psycho-sociales, devenues optionnelles, sont peu demandées par les femmes

La suppression du caractère obligatoire de l'entretien préalable pour les femmes majeures a conduit le législateur à prévoir qu'il serait néanmoins systématiquement proposé comme un temps d'écoute et de parole pour les femmes qui en ont besoin.

La réalité est parfois différente. Les inspections réalisées par les services déconcentrés dans le cadre du programme national estiment que l'accompagnement psycho social est insuffisant dans nombre d'établissements. Selon les premiers résultats de l'enquête DREES, l'entretien pré-IVG ne

serait proposé que dans 33% des établissements et l'entretien post-IVG dans seulement 16% d'entre eux. D'après cette même enquête de la DREES, ce sont les conseillers conjugaux et les psychologues qui sont le plus mobilisés pour ces entretiens.

D'après les informations recueillies sur place par la mission, ce temps d'écoute est en général prévu et organisé, mais il reste inégal et souvent tributaire de la présence et de la disponibilité de conseillères conjugales et familiales dans le service. **On voit bien là l'importance des relations de partenariat qui existent ou non avec les CPEF des conseils généraux.**

Même lorsqu'il est proposé, l'entretien est plus facilement accepté si tous les examens et la proposition d'entretien peuvent se dérouler le même jour. Selon les établissements, la tendance montre qu'il est de moins en moins demandé ou accepté par les femmes, qui, d'après les équipes, ont déjà pris leur décision dans la plupart des cas, et ne souhaitent pas en reparler, craignant parfois également que les entretiens ne tentent de les culpabiliser ou d'influencer leur décision.

L'entretien post-IVG est souvent négligé et se résume souvent à l'établissement d'une ordonnance de pilule contraceptive. Sans qu'il soit possible d'établir une relation étroite entre le manque de suivi contraceptif post-IVG et le nombre d'IVG réitérées (qui de fait sont mal connues), il reste évident que cette étape est importante si on veut éviter les IVG réitérées, en proposant, comme cela sera développé dans le rapport sur la contraception, un mode de contraception réellement adapté.

Le délai de réflexion de 7 jours prévu à l'article L. 2212-6 est généralement respecté. Prenant la forme d'une confirmation écrite, il part de la première demande de la femme, sauf dans le cas où le délai maximum pour l'IVG (de 12 semaines de grossesse ou 14 semaines d'aménorrhée) risquerait d'être dépassé. Même si le point de départ est parfois interprété de manière différente par les équipes, la loi est claire et généralement jugée adaptée par les professionnels de santé. Ceux qui ont déclaré à la mission qu'il serait nécessaire de remettre en cause ce délai apparaissent très minoritaires.

1.2.2.2. L'accès des mineures a été facilité, même si des difficultés demeurent dans la pratique

Les consultations psycho-sociales restent obligatoires pour les mineures.

- La nature des consultations est variable : elles sont dans certains services orientées vers une approche exclusivement psychologique ; cette approche n'est pas partagée par tous les professionnels pour lesquels l'entretien dont les mineures ont besoin n'est pas forcément de nature psychologique. Certains estiment d'ailleurs que ce n'est pas nécessairement chez les jeunes filles que le sentiment de culpabilité, ou le trouble de nature psychologique est le plus élevé.
- Les professionnels habilités à réaliser ces entretiens doivent relever de structures spécifiques (centres de planification, service social, etc ...), mais en réalité les établissements ont recours aux professionnels disponibles sur place ; un poste de psychologue est parfois, comme en Martinique, financé par le GRSP
- Certaines difficultés apparaissent lorsque la jeune fille est scolarisée dans un établissement éloigné de toute structure ou qui ne dispose par d'infirmière scolaire (centre de formation d'apprentis par exemple). En ce sens, et comme le formulait déjà le groupe national d'appui, il faudrait permettre aussi aux assistantes sociales de l'établissement scolaire d'assurer à titre exceptionnel l'entretien psycho-social obligatoire pour faciliter les démarches et tenir compte des délais.

L'assouplissement du régime d'autorisation parentale pour les mineures a apporté une réponse à des situations très difficiles.

Le rapport précité du Dr. Uzan avait bien montré que « *l'autorisation parentale est probablement un des points de la loi Veil qui rencontre le plus de difficultés et sans doute le plus de distorsion* ».

Avec la loi de 2001 l'autorisation parentale demeure la règle mais il peut y être dérogé pour les adolescentes en situation de détresse, d'isolement ou en difficulté de dialogue avec leur famille.

Si le nombre de mineures ayant recours à l'IVG est connu, à ce jour la part de celles ayant demandé une IVG hors autorisation parentale reste inconnue. Ni le PMSI ni la SAE ne fournissent cette information, que la mission n'a pu non plus obtenir de la part de l'assurance maladie, (qui gère la gratuité, organisée avec les caisses primaires).

Les établissements hospitaliers ne sont pas plus en mesure d'évaluer le nombre de jeunes filles mineures qui demandent une IVG hors autorisation parentale, les chiffres estimés par les équipes rencontrées allant d'1/3 à la quasi totalité des jeunes filles sans qu'il puisse être établi la moindre corrélation avec des critères territoriaux (région rurale ou grandes villes) ou populationnels.

La mineure qui désire garder le secret à l'égard de l'autorité parentale doit se faire accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. Les professionnels de santé ont souligné à de nombreuses reprises qu'ils avaient parfois des interrogations sur la qualité de la personne accompagnante. Il est nécessaire de rappeler la nécessité, en cas de suspicion légitime, d'avoir recours aux procédures de signalement, avec saisine de la cellule de signalement du conseil général ou du procureur .

L'intégralité des dépenses relatives à l'acte est prise en charge par l'assurance maladie. Le montant n'est pas connu à ce stade par l'assurance maladie<sup>26</sup>.

La plupart des professionnels rencontrés soulignent que cette modification législative a permis de mieux gérer les situations délicates.

Tableau 5 : Les IVG des jeunes filles mineures

	2002	2003	2004	2005	2006
Total IVG	206 596	203 346	210 664	206 311	209 699
15-17 ans	10722	11029	11517	12138	13230
IVG pour 1000 femmes de 15 à 17 ans	8,9	9,0	10,0	8,9	11,5
IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans	14,4	14,1	14,6	14,3	14,5

Source : : BIG, PMSI, SAE-DREES (études et résultats n° 659), pré-cité

Alors que le nombre total des IVG tend à se stabiliser, celui des mineures a connu une progression significative au cours des dernières années (+ 23% entre 2002 et 2006). On comptait 13 230 IVG chez les 15/17 ans en 2006, soit 1% de la tranche d'âge considérée. Chez les 18/19 ans on recensait pour la même année 17 658 IVG et 850 IVG chez les jeunes filles de moins de 15 ans. Contrairement à la situation observée dans d'autres pays, le taux de recours à l'IVG chez les mineures est inférieur aux taux moyen calculé sur l'ensemble des femmes en âge de procréer. Mais les taux sont beaucoup plus élevés outre-mer, notamment en Guadeloupe.

<sup>26</sup> La mission a demandé une requête spécifique à l'assurance maladie qui a engagé un important travail de statistiques, mais qui n'a pu aboutir.

Dans l'ensemble, la mission a pu constater que les établissements étaient attentifs à l'accueil des mineures :

- un accompagnement spécifique est organisé,
- les professionnels tentent de convaincre, comme le prévoit la loi, mais en respectant leur volonté, les jeunes filles mineures sans autorisation parentale de se rapprocher de leurs parents, mais le plus souvent sans succès.

#### Des dysfonctionnements persistent néanmoins :

- le décret du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des IVG pratiquées sur des mineures sans autorisation parentale, et la circulaire CNAM du 24 mars 2003 ont précisé les modalités permettant aux caisses primaires de faciliter la prise en charge de ces mineures (il a été signalé à la mission que dans les premières années d'application de la loi, dans un département de l'Ile-de-France, une seule caisse primaire recevait les jeunes filles pour leurs démarches). Néanmoins, des professionnels et le MFPP ont fait part à la mission de pressions parfois faites sur les adultes référents « personne de confiance » pour qu'elles en assument financièrement le coût, ce qui n'est pas conforme à la légalité ;
- une incertitude règne parfois concernant les modalités pratiques de la mise en œuvre de la gratuité<sup>27</sup> pour cette catégorie de jeunes filles mineures ;
- si des instructions fermes ont été données par la CNAMTS pour préserver l'anonymat et la confidentialité, des maladresses ont été commises comme l'envoi de résultats d'examen à domicile par exemple.<sup>28</sup>

#### Les problèmes de responsabilité continuent d'inquiéter les professionnels

- L'accompagnement des jeunes filles par les infirmières scolaires, qui peuvent être « personnes de confiance » (et dont le rôle a été par ailleurs valorisé par les textes sur la contraception d'urgence) peut soulever des questions juridiques ; en effet, certaines professionnelles s'interrogent sur la mise en cause de leur responsabilité par les parents, ou par leur hiérarchie, alors qu'elles agissent à titre individuel, mais parfois sur leur temps de travail et, pour les jeunes filles, sur le temps scolaire. Ces difficultés, déjà soulignées dans le rapport du groupe national d'appui, restent encore non résolues dans certains établissements scolaires. L'analyse retracée dans le bulletin juridique du ministère de l'éducation nationale d'octobre 2008 et qui figure en annexe du présent rapport a le mérite d'éclaircir la question de la responsabilité des professionnels<sup>29</sup>, mais semble encore mal connue ;
- Les médecins sont habilités à pratiquer l'ensemble des actes et leur responsabilité n'est pas engagée si l'ensemble des conditions légales est remplie (articles L. 2212-3, 4 et 7 du CSP. Aucun médecin rencontré par la mission n'a soulevé ce point ;
- En revanche certains médecins- anesthésistes refusent de pratiquer l'anesthésie sur des mineures hors autorisation parentale ce qui fait obstacle à la pratique de l'IVG chirurgicale avec anesthésie générale. Certains établissements, comme à Strasbourg, ont pris cette question très au sérieux et rassemblé les différentes équipes en procédant à une analyse des textes, afin de rassurer ces professionnels sur la mise en cause de leur responsabilité. La Société française de réanimation a pris également publiquement position, estimant que l'absence de consentement des parents ne devait pas être un obstacle à l'intervention du médecin anesthésiste<sup>30</sup>, d'autant plus que la loi du 2 mars 2002 relative à la modernisation

<sup>27</sup> Réponse d'un établissement hospitalier public de l'Ile de France dans le cadre de l'enquête MAFI : « Les mineures sont prises en charge, même sans consentement parental. Toutefois la présence d'un adulte est obligatoire dans ce cas là, une demande de prise en charge AME est faite ».

<sup>28</sup> Certains établissements hospitaliers ont organisé le circuit en indiquant leur propre adresse pour d'éviter tout dérapage

<sup>29</sup> P. Gosselin, « la responsabilité des personnels de l'éducation nationale accompagnant des mineures dans des démarches relatives à une contraception d'urgence ou à une intervention volontaire de grossesse, *LII 128*, octobre 2008 ;

<sup>30</sup> Ce document figure en annexe du présent rapport

du système de santé et aux droits des personnes malades prévoit une dérogation à l'obligation de consentement des parents (L. 1111-5 du code de la santé publique) pour la mise en œuvre d'un traitement ou la pratique d'une intervention.. Pour rassurer ces professionnels dont les réticences peuvent parfois représenter un obstacle majeur dans la prise en charge des mineures, un avis juridique a été demandé par la mission auprès de la mission juridique du Conseil d'Etat placée auprès du Ministre de la santé , dont la réponse figure en annexe.

La technique de l'IVG médicamenteuse est parfois plus délicate à administrer aux mineures sans autorisation parentale .

- en cas de recours à la technique de l'IVG médicamenteuse, pour les jeunes filles mineures hors autorisation parentale, il est encore plus nécessaire de prévoir un accompagnement sur place de la jeune fille (hospitalisation de jour) pendant l'administration du produit médicamenteux, compte tenu des effets indésirables éventuels. Cette exigence pose le problème de la pratique de cette technique en médecine de ville (voir ci-dessous), mais aussi de l'évolution des processus de prise en charge dans les établissements hospitaliers ;
- la tendance constatée par la mission dans les établissements à vouloir externaliser la dernière étape de l'intervention pour les IVG médicamenteuses pose encore plus de problèmes pour les jeunes filles sans autorisation parentale ;
- le cas où les jeunes filles doivent rester la nuit en cas de complications est souvent source de difficultés par rapport aux parents, non résolues par les textes ;
- la question du respect de l'anonymat et de la confidentialité pose souvent problème pour la visite de contrôle, car lorsqu'une procédure de rappel est organisée, (courrier ou téléphone-même portable personnel), nombre d'équipes ne l'appliquent pas à ces jeunes filles par crainte de les mettre en difficulté.

### **1.2.3. Malgré son développement encore limité, l'ouverture de l'IVG à la médecine de ville contribue à l'équilibre entre offre et demande de soin**

1.2.3.1. Malgré son développement encore limité, l'ouverture de l'IVG à la médecine de ville contribue à l'équilibre entre offre et demande de soins

**D'après les derniers chiffres, le nombre d'IVG pratiquées en ville s'élèverait à quelques 20 000 en 2007, soit environ 10% du total des IVG.**

Les textes autorisent l'IVG médicamenteuse en ville, hors établissement de santé, par un médecin habilité ayant passé convention avec un tel établissement. (article L.2212-2 du Code de la santé publique), et depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et le décret du 6 mai 2009, dans les centres de santé et de PMI (L 2311-3 du même code).

1.2.3.2. une forte concentration géographique

D'après l'enquête de la DREES menée auprès des structures et des praticiens, si les IVG médicamenteuses se développent en cabinet de ville depuis leur autorisation en 2004, 91 % des IVG ont encore lieu à l'hôpital.

Tableau 6 : Répartition des IVG selon les méthodes et les lieux en 2007

IVG chirurgicales	116 866
IVG médicamenteuses	110 188
Dont IVG médicamenteuses en ville	19 615
TOTAL	227 054

Source : DREES op. cité, juin 2009

### Dans les cabinets libéraux de ville

Selon les dernières informations collectées par la DHOS, les ARH ont recensé, à la fin de l'année 2008, 1068 signatures de conventions entre un médecin de ville et un établissement hospitalier pour la prise en charge des IVG médicamenteuses.

On constate une grande disparité selon les régions : fin 2008, selon les informations transmises par la DHOS, seule la Martinique ne déclarait aucune convention avec les médecins de ville. En Corse, qui faisait partie en 2005 des deux départements qui n'avaient signé aucune convention, cinq conventions à partir de l'hôpital public et une à partir d'une polyclinique privée ont été conclues depuis le début de l'année, mais aucune information n'était parvenue à l'Agence régionale d'hospitalisation sur le nombre d'IVG réalisées en ville.

A la même date, la région **Ile-de-France** est celle qui compte le plus de signatures (331) de conventions pour la réalisation des IVG médicamenteuses en médecine de ville au niveau national. Elle est suivie par la région **PACA** (120 signatures), puis par la région de **Haute-Normandie** (100 signatures).

**Ces trois régions représentent 50% des signatures de convention.**

Selon un sondage effectué par la Fédération hospitalière de France (FHF)<sup>31</sup> à la demande de la mission, sur 12 établissements publics interrogés, la moitié seulement au début de l'année 2009 avait passé convention avec des médecins de ville, et avec un nombre très réduit de médecins (12 au total). Comme l'a déclaré à la mission un chef de service d'un établissement hospitalier public du nord-parisien, «la salle était pleine, mais la pêche à été maigre », se soldant par trois conventions avec des médecins de villes qui ont réalisé 239 IVG en 2008 dans cet établissement.

Les actions de soutien apportées par les services déconcentrés à des réseaux comme le réseau « Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie » (REVHO), qui, en Ile de France ont permis un engagement des professionnels de santé libéraux dans un vrai travail de partenariat représentatif, pour la mission, des leviers d'action a priori efficaces. En revanche, la situation tendue en matière d'offre et de délai constatée en région PACA n'est pas compensée par l'existence d'un réseau similaire, faute de crédits pour le financer, en dépit de la volonté de certains médecins libéraux de s'engager dans cette pratique.

#### 1.2.3.3. Une pratique encore fréquemment assurée par les médecins gynécologues

- Ce sont les gynécologues qui signent majoritairement les conventions

La qualité des médecins signataires des conventions, et de ceux qui pratiquent des IVG varient toutefois selon les sources d'information (DRASS, CNAMTS, DREES).

Tableau 7 : Répartition des médecins signataires des conventions au 31/12/2008

Médecins généralistes	42%
Gynécologues obstétriciens	38%
Gynécologues médicaux	19%
Sans précisions	1%

Source : DHOS

<sup>31</sup> En annexe

- Tous les praticiens conventionnés n'effectuent pas des IVG

L'enquête effectuée par la DREES indique que les trois quarts des médecins conventionnés réalisent en moyenne 5 IVG par mois, 77 % des praticiens étant des gynécologues, et les autres des généralistes.

D'après l'extrait de la CNAMTS effectué en septembre 2007, hors sections locales mutualistes, 1634 forfaits FHV ont été remboursés pour les patientes du régime général, pour 392 médecins libéraux différents dont 295 gynécologues. Enfin, le nombre d'IVG par professionnels est souvent limité, c'est ainsi qu'un établissement du sud parisien a signé 19 conventions en 2008 avec des praticiens libéraux, mais seules 38 IVG ont été réalisées.

- Les centres de santé et de planification familiale vont être associés à cette pratique

La mission a pu voir dans un centre de santé, qui met en œuvre cette technique à titre expérimental, que dans des zones très tendues (département de Seine-Saint-Denis, dans lequel le centre de planification préexistait, et grâce à un partenariat très étroit entre la ville de Saint-Denis, le département, l'établissement hospitalier et le centre de santé), cette solution alternative était très utile. Permettant de réaliser environ 90 IVG par an, ce mode de prise en charge fonctionne grâce à une gestion fine du planning de rendez-vous, assortie de la possibilité de prévoir, une demi-journée par semaine, un accueil sans rendez-vous pour des jeunes ou des femmes en grande difficulté.

Néanmoins, la configuration des locaux montre que cette méthode ne peut être utilisée que par les femmes qui ont la possibilité de suivre la deuxième étape du processus à leur domicile, aucune solution d'hospitalisation de jour n'étant possible.

#### 1.2.3.4. Une faible appétence des professionnels

La mission a systématiquement interrogé les équipes lors des entretiens, et les résultats des enquêtes des DRASS pourront permettre de disposer de données plus actualisées. Néanmoins, on peut d'ores et déjà faire plusieurs constats, confirmés par les réponses des professionnels des établissements de santé interrogés par la DREES dans l'enquête précitée.

Les équipes des établissements hospitaliers se sont généralement impliqués dans des séances d'information en direction de leurs confrères et consœurs médecins libéraux, gynécologues médicaux et médecins généralistes. Ils ont organisé des séances de formation. Les séances d'information sont dans l'ensemble assez bien organisées, avec des participants de bonne volonté, mais débouchent sur un nombre limité de conventions, elles mêmes peu suivies d'interventions.

Ce n'est pas tant le montant insuffisant du forfait qui semble dissuader ces professionnels, que **la procédure** dont ils maîtrisent difficilement tous les aspects, parmi leurs autres engagements. L'enquête de la DREES indique que *« les praticiens conventionnés qui ont répondu au questionnaire ont éprouvé des difficultés, essentiellement de type administratif ou d'organisation (lourdeurs des tâches administratives, et activité peu rémunératrice) ; certains ont souligné le coût de l'acte pour la femme. En revanche, aucune difficulté d'ordre strictement médical n'a été mentionné (y compris dans les réponses en clair où les médecins pouvaient s'exprimer) en dehors d'un mauvais suivi et que les femmes ne reviennent pas en visite de contrôle »*.

Les gynécologues médicaux rencontrés par la mission semblent craindre également de voir une partie trop importante de leur activité préemptée par les IVG en raison de situations de tension sur les délais, et ne se signalent pas aux plates-formes téléphoniques régionales pour cette raison.

Enfin, quand il n'y a pas de pression sur l'activité d'IVG dans les établissements hospitaliers, le développement de l'IVG médicamenteuse en ville n'a aucune raison de se

développer de manière importante, car les femmes ne le demandent pas, l'offre des établissements de santé paraissant leur convenir.

Il reste important de prévoir cette solution complémentaire pour une activité comme l'IVG dont la prise en charge reste fragile, et de l'appuyer par les moyens appropriés comme les réseaux ville-hôpital et le soutien des équipes hospitalières.

#### **1.2.4. Le parcours s'inscrit dans des délais élargis en droit, qui semblent globalement mieux maîtrisés**

##### 1.2.4.1. Des délais élargis en droit sinon toujours en fait

###### Le parcours s'inscrit en droit dans des délais élargis

La disposition, modifiant le délai légal de recours à l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse, soit 12 à 14 semaines d'aménorrhée<sup>32</sup> (article L 2212-1 du code de la santé publique) a aligné la législation française sur celle de la plupart des pays européens et devait faciliter l'accès des femmes à l'IVG. Selon l'exposé des motifs de la loi du 4 juillet 2001, cette mesure devait permettre de « *réduire de près de 80% le nombre de femmes contraintes de partir à l'étranger parce qu'elles sont hors délai* ».

En 2006, selon la SAE, 3 % des IVG déclarées dans les établissements de santé étaient pratiquées au cours de la 13<sup>ème</sup> ou 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

---

<sup>32</sup> Le texte de loi est exprimé en semaines de grossesse mais les praticiens considèrent généralement la durée d'aménorrhée. C'est cette seconde terminologie, plus courante, qui est reprise dans la suite du rapport.

Tableau 8 : Les IVG à 13 et 14 semaines en 2006

	<b>IVG totales (non compris IVG médicamenteuses en ville)</b>	<b>IVG à 13 et 14 semaines</b>	<b>% des IVG à 13 et 14 semaines</b>
Paris	10643	830	8%
Seine et Marne	4605	115	2%
Yvelines	3687	188	5%
Essonne	5860	82	1%
Hauts de Seine	7871	120	2%
Seine Saint Denis	10645	529	5%
Val de Marne	5303	199	4%
Val d'Oise	3653	70	2%
ILE DE FRANCE	52267	2133	4%
CHAMPAGNE ARDENNE	3467	133	4%
PICARDIE	5365	309	6%
HAUTE NORMANDIE	4892	163	3%
CENTRE	6721	558	8%
BASSE NORMANDIE	3507	166	5%
BOURGOGNE	4077	283	7%
NORD PAS DE CALAIS	12176	410	3%
LORRAINE	6504	276	4%
ALSACE	5011	212	4%
FRANCHE COMTE	3233	126	4%
PAYS DE LOIRE	8327	299	4%
BRETAGNE	7881	313	4%
POITOU CHARENTES	4138	166	4%
AQUITAINE	8939	1317	15%
MIDI PYRENEES	8862	319	4%
LIMOUSIN	1956	110	6%
RHONE ALPES	8955	367	4%
AUVERGNE	3256	176	5%
LANGUEDOC ROUSSILLON	10225	395	4%
PROVENCE ALPES COTE D'AZUR	21408	894	4%
CORSE	1446	0	0%
FRANCE METROPOLITAINE	201065	5825	3%
OUTRE MER	12570	552	4%
France entière	213635	6377	3%

Source : SAE (Exploitation des chiffres fournis par la DREES)

#### Les IVG dans le délai de 12-14 semaines ne sont toutefois pas prises en charge partout

La question de l'allongement des délais a été le point de discussion le plus difficile du projet de loi en 2001, soulevant des réticences importantes, notamment parmi certains médecins et dans certains établissements de santé. En revanche, certaines équipes, comme la clinique des Lilas dans le Nord parisien, ont commencé dès la publication de la loi du 4 juillet 2001, à pratiquer les interventions d'IVG dans ces nouveaux délais.

L'enquête de la DREES précitée mentionne que neuf établissements de santé sur dix, indiquent pouvoir s'occuper des IVG « tardives » (entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée)<sup>33</sup> Pour les établissements qui ne les pratiquent pas, l'enquête ne permet pas de connaître les raisons de cette abstention : problèmes d'organisation, de formation des équipes, de file d'attente ou d'autres raisons, comme l'invocation de la clause de conscience.

Une enquête téléphonique réalisée en 2009 auprès de 56 établissements d'Ile de France pratiquant des IVG montrait que 16 sur 56 seulement pouvaient donner un rendez-vous permettant de réaliser l'IVG avant la date butoir de 14 semaines d'aménorrhée à une femme se présentant à 12 semaines.

#### **Une enquête téléphonique sur les capacités de prise en charge en Ile de France d'une femme pour une IVG à 12 semaines d'aménorrhée**

Sur 56 structures pratiquant les IVG, 16 m'ont donné un rendez-vous afin que l'IVG soit réalisée avant la date butoir de 14SA : 9 établissements publics et 7 établissements privés.

Quelles sont les raisons invoquées par les 40 structures –toutes publiques- qui ont refusé de prendre en compte ma demande ?

- 22 Pas de rendez-vous avant 3 semaines voire un mois
- 4 La procédure d'urgence n'existe pas
- 17 Les médecins ne pratiquent pas les IVG 12/14 SA
- 1 Les médecins ne veulent pas risquer leur carrière en faisant des IVG hors délai
- 4 La Loi n'oblige pas les médecins à faire les IVG de 12 à 14 SA à l'hôpital
- 5 Les médecins pratiquent jusqu'à 10 ou 11 SA
- 11 Vous n'êtes pas du secteur
- 1 Pas de matériel adéquat pour intervention jusqu'à ces termes
- 11 La clause de conscience

*Source : R. JEGOUDEZ MOULLIER, « prise en charge des IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée », Université René Descartes Paris V, 2009*

Les entretiens menés sur le terrain dans le cadre de la présente mission montrent que les réponses apportées à la modification du cadre législatif par les professionnels sont de nature différente selon les établissements et les régions :

- l'allongement du délai conduit parfois des praticiens, qui s'étaient résignés à pratiquer cet acte, à ne plus faire d'IVG du tout, quel que soit l'âge gestationnel ;
- dans certains établissements, notamment ceux d'Alsace, les praticiens qui étaient opposés à cet allongement du délai utilisent la méthode de l'IVG médicamenteuse jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée pour ne pas avoir à pratiquer la technique de l'IVG chirurgicale<sup>34</sup>.

Dans certains établissements les IVG tardives peuvent donc être traitées par recours quasi exclusif à la méthode médicamenteuse ou réorientées vers un autre établissement hospitalier<sup>35</sup>, parfois éloigné.

Dans d'autres établissements les équipes se sont fortement impliqués dans cette prise en charge, même si la plupart conviennent qu'il s'agit d'une intervention qu'ils pratiquent avec plus de réticence que les autres. Ce sont ces établissements qui risquent à terme d'assumer l'ensemble de la prise en charge, par désistement des autres structures. De ce point de vue il est regrettable que les recommandations du groupe national d'appui : « mise en place au niveau régional de

<sup>33</sup> Et aussi des mineures sans consentement parental et des femmes sans structure sociale.

<sup>34</sup> Réponse à l'enquête MAFI d'un établissement de l'Ile de France : « La prise en charge des grossesses de 12 à 14 semaines est uniquement médicamenteuse mais systématiquement avec hospitalisation ».

<sup>35</sup> Annexe Courrier du Dr. X au service du Dr. Y, centre d'orthogénie de Roubaix

*formations et de méthodes de compagnonnage par des équipes plus rôdées », n'aient pas été mises en œuvre.*

#### L'allongement des délais ne semble pas avoir conduit les femmes à retarder la décision

Les études sociologiques déjà citées comme les informations recueillies sur le terrain par les professionnels (soignants et non soignants) permettent d'esquisser quelques éléments d'explication des recours tardifs à l'avortement :

- une découverte tardive de la grossesse : notamment chez des femmes, aux alentours de la quarantaine qui peuvent ne plus se ranger dans la catégorie des femmes « potentiellement capable d'être enceintes » et de ce fait être moins vigilantes ; ou au contraire chez des très jeunes filles ;
- des erreurs dans le diagnostic médical ;
- une difficulté à gérer le parcours dans les délais, par manque d'information, erreur d'orientation ; notamment pour des femmes en situation de vulnérabilité sociale, mal intégrées dans les circuits et procédures, qui passent parfois par les permanences d'accès aux soins (PASS) ;
- le compagnon incertain sur son engagement, ou qui disparaît ; la femme qui hésite jusqu'au dernier moment à construire un projet parental

L'allongement des délais inscrit dans la loi devait permettre d'éviter aux femmes de se trouver contraintes de se rendre à l'étranger. Il est difficile d'apprécier dans quelle mesure l'objectif de diminution prévu dans l'exposé des motifs de la loi du 4 juillet 2001 de 80% a pu être atteint, puisque, comme cela a été indiqué supra, **le nombre de femmes se rendant à l'étranger n'est plus connu**. Mais le phénomène semble n'avoir pas disparu : une intervention lors du 5<sup>ème</sup> congrès de la FIAPC (Fédération internationale des associés professionnels de l'avortement et de la contraception) à Amsterdam en 2004 portait sur « *les femmes forcées de voyager après le premier trimestre : le tourisme abortif continue en Europe* » et évoquait tout particulièrement le cas des Françaises. Un mémoire récent sur la prise en charge des IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée<sup>36</sup> fait état d'une enquête réalisée auprès d'une clinique néerlandaise selon laquelle le nombre des Françaises accueillies pour une IVG est resté globalement au même niveau de 1999 à 2008 (entre 1200 et 1300 admissions), avec une augmentation sensible des interventions pratiquées à 15, 16 et 17 semaines.

#### 1.2.4.2. Des délais globalement mieux maîtrisés, sauf dans les gros établissements

Les recommandations de la HAS fixent à 5 jours le délai entre la demande d'IVG et l'acte lui-même. Le rapport du groupe national d'appui soulignait fin 2002 à l'occasion de ses contacts avec les professionnels « *la persistance de zones d'ombre sur le territoire dans lesquels les délais d'accès à l'IVG sont aléatoires et parfois très élevés* ». Entre les deux rapports d'activité de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale, entre novembre 2005 et novembre 2008<sup>37</sup>, on constate néanmoins une légère amélioration dans la gestion de ces délais, lesquels demeurent toutefois variables : pour 2006, si un quart des IVG est réalisé en moins d'une semaine, un autre quart est réalisé au-delà d'un délai de 15 jours (en fonction des réponses fournies par une moitié des établissements seulement).

La dernière étude de la DREES note une amélioration dans la gestion moyenne des délais : en 2005, le délai était en moyenne de 9 jours, il est inférieur à 8 jours dans près d'un établissement

<sup>36</sup> « *Prise en charge des interventions volontaires de grossesse de 12 à 14 semaines d'aménorrhée en 2009* », Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire, Université René Descartes Paris V, Raymonde Jegoudez Moullier

<sup>37</sup> Rapport d'activité au nom la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale, présenté par MJ.Zimmermann., députée, novembre 2005 et par B. Poletti, novembre 2008

sur deux, (46%), mais cette amélioration globale n'exclut pas la persistance de goulots d'étranglement dans les zones de forte demande (comme en région parisienne et PACA).

D'après cette enquête de la DREES, ce délai augmente toutefois en fonction de l'activité moyenne de l'établissement : il est supérieur à 15 jours dans un établissement sur 20, et inférieur à 8 jours dans les petits établissements qui réalisent moins de 250 IVG. Ces chiffres sont confirmés par les réponses des femmes ayant répondu au questionnaire de la DREES, car 5% des femmes enquêtées indiquent une date de premier contact antérieure de plus d'un mois à la date de l'IVG et 36% un délai inférieur à 8 jours.

Le sondage précité de la FHF cite des établissements publics dans lesquels le délai est de 4,5 jours, mais d'autres dans lesquels il peut aller jusqu'à 3 semaines, et même plus dans d'autres centres hospitaliers dans lesquels il n'y a pas de suivi ou d'attention spécifique portée à ce délai d'attente.

Si les chiffres ainsi obtenus reposent néanmoins sur les déclarations des établissements et doivent être maniés avec précaution, le constat fait par la mission à la suite de ses déplacements sur le terrain et de ses nombreux contacts avec les professionnels montre en effet que **la situation s'est globalement améliorée, mais qu'il subsiste encore des difficultés** dans la gestion des délais. En effet, celle-ci s'organise de façon différenciée selon les établissements. La demande d'IVG est généralement reconnue comme une urgence. Les équipes, surtout lorsque les professionnels à l'accueil ont reçu des formations spécifiques ou une sensibilisation globale à cette question, prennent soin de privilégier dans la gestion des rendez-vous :

- les femmes en fin de délai pour une IVG ;
- les femmes en fin de délai pour une IVG médicamenteuse ;
- les femmes en situation précaire ;
- les mineures.

La mission a pu constater que les professionnels s'attachent à trouver une solution pour ces femmes que l'établissement ne peut accueillir et ne les laissent pas repartir sans leur avoir trouvé une adresse et pris un rendez-vous.

En revanche une nouvelle tension se manifeste sur la gestion du délai permettant de pratiquer les IVG médicamenteuses : selon les recommandations de la HAS, cette méthode peut être utilisée dans le délai de 8 à 9 semaines d'aménorrhée. Pour tenir ce délai les équipes s'attachent à gérer de manière spécifique les rendez-vous pour les femmes choisissant cette méthode, d'où l'importance de disposer de secrétariats formés et dédiés.

Une meilleure gestion des délais est rendue plus facile quand la gestion des examens, entretiens et consultations permet de les programmer le même jour, quand un échographe est dédié à l'activité d'IVG, et quand l'occupation du bloc chirurgical est gérée en bonne intelligence.

Si les délais sont dans l'ensemble convenables dans les régions moyennes, la situation de certains établissements de la région parisienne ou de la région PACA est tendue : c'est ainsi que dans un établissement du département de l'Essonne, plus de dix femmes par semaine ne peuvent obtenir de rendez-vous et sont réorientées vers un autre établissement.

La situation est encore plus difficile pendant les périodes d'été, mais de manière moins cruciale quand l'activité d'IVG est rattachée au pôle maternité ou mère enfant qui ne peut s'interrompre pendant les vacances.

## 2. LA PLACE DE L'IVG DANS LE SYSTEME DE SOINS N'EST PAS ENCORE NORMALISEE

### 2.1. *Au niveau de la connaissance : des zones d'ombre demeurent malgré un dispositif lourd*

#### 2.1.1. Un dispositif d'information lourd, voire redondant

Les données régulières concernant l'IVG émanent de 3 sources statistiques distinctes :

##### 2.1.1.1. Les bulletins d'interruptions de grossesse (BIG)

Ces bulletins correspondent à une obligation légale instaurée en 1975 et pénalement sanctionnée : chaque médecin pratiquant une IVG doit remplir un bulletin statistique.

L'obligation a été reconduite par la loi de 2001 et s'applique désormais également aux IVG réalisées en ville ; le système de suivi des IVG a été revu en 2004 pour tenir compte des modifications intervenues et le bulletin à remplir par les médecins a été simplifié.

#### **Dispositions légales concernant les bulletins d'interruption de grossesse**

Article L 2212-10 du Code de la santé publique

« toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de la santé ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme ».

Article R 2222-2 du Code de la santé publique

« le fait pour un médecin de ne pas établir la déclaration prévue par l'article L 2212-10 est puni de l'amende prévue pour les contraventions de cinquième classe » « est puni de la même peine le fait pour le directeur d'un établissement de santé de ne pas adresser cette déclaration au médecin inspecteur régional de santé publique »

L'article 16 de la loi 75-17 dispose en outre que

« l'Institut national d'études démographiques sera chargé d'analyser et de publier, en liaison avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, les statistiques établies à partir des déclarations ».

Ces bulletins sont distribués, recueillis et saisis sous la responsabilité des services déconcentrés du ministère en charge de la santé. Ils fournissent en principe une information exhaustive non seulement sur le nombre d'actes pratiqués mais aussi sur les caractéristiques de la patiente, sur le lieu et la date de l'intervention, et sur les techniques médicales employées. Ils constituent à l'heure actuelle la source qui contient le plus de renseignements sur les femmes et sur les circonstances de leur recours à l'avortement<sup>38</sup>.

Toutefois les divers travaux de recoupement effectués tendent à démontrer que la statistique fournie par les bulletins sous-estime le nombre d'interruptions de grossesses du fait d'une sous-déclaration des actes. On estime ainsi qu'entre 1995 et 1998 environ 4% des IVG du

<sup>38</sup> Rossier C. et Pirius C. « Evolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 », Population, vol n°62, Ined, 2007

secteur public et 33% des IVG du secteur privé n'ont pas donné lieu au remplissage d'un bulletin.<sup>39</sup> Par ailleurs la lourdeur du dispositif de recueil et d'exploitation se traduit par des délais importants de mise à disposition des résultats.

Deux autres sources d'information régulières se sont ajoutées au cours des années 1990 qui fournissent des données sur l'IVG :

#### 2.1.1.2. La statistique annuelle d'établissement (SAE)

La SAE repose sur un dispositif annuel de recueil de données auprès des établissements hospitaliers. Elle est remplie par la direction, le plus souvent sur la base du fichier des admissions . Ce dispositif a pour but de fournir des informations sur la structure de l'offre de soins hospitaliers par unité géographique. Il recueille des données sur différents types d'hospitalisation (court, moyen, long séjour), certaines activités (interruptions de grossesse, urgences, activités du secteur opératoire), le personnel, les équipements lourds, etc. Pour les interruptions de grossesse, seul le nombre total d'interruptions volontaires (IVG) et d'interruptions médicales ou thérapeutiques (IMG) est demandé, ainsi que le nombre total d'interruptions par technique (médicale ou chirurgicale), le nombre total d'interruptions avec anesthésie, et le nombre total d'interruptions subies par des mineures. Selon la DREES les chiffres issus de la SAE sont globalement les plus fiables pour l'estimation du nombre des IVG. Par rapport aux bulletins, ils présentent toutefois l'inconvénient de ne fournir que des informations en nombre limité et agrégées par établissement.

#### 2.1.1.3. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le PMSI a pour objet de répertorier tous les actes médicaux de l'ensemble des établissements hospitaliers et leurs coûts, afin de déterminer le profil de leurs dépenses, d'établir leur budget et de surveiller les tarifs pratiqués. Chaque acte médical est décrit et codé à partir d'une classification des maladies. Les données issues du PMSI concernant les interruptions de grossesse sont donc de nature individuelle, comme celles provenant des bulletins et à l'inverse de celles produites par la SAE. Elles ne sont pas directement utilisables pour le dénombrement des IVG mais permettent de connaître l'âge précis de la patiente lors de son admission.

Les statistiques publiées régulièrement par la DREES combinent ces différentes sources. Pour le nombre total d'IVG elles se fondent sur la SAE<sup>40</sup>, ainsi que pour la répartition selon la technique d'intervention (médicamenteuse, chirurgicale,..). En revanche la structure par âge des femmes ayant interrompu leur grossesse est fournie par le PMSI.

#### 2.1.1.4. Les enquêtes

Parmi les indicateurs d'évolution on peut encore citer le Baromètre santé de l'INPES qui comporte des questions visant à évaluer sur une base déclarative l'incidence du recours à l'avortement au sein de la population générale.

Par delà ces indicateurs globaux, des enquêtes périodiques doivent permettre de mieux connaître le parcours des femmes ayant recours à l'IVG, et d'analyser leur situation personnelle et sociale. La première d'entre elles réalisée en 2007 a porté sur un échantillon représentatif de 11 400 femmes ayant eu recours à une IVG. Ses résultats seront prochainement disponibles.

### 2.1.2. qui n'est pas exempt d'imperfections et de zones d'ombre

L'IVG n'est évidemment pas le seul phénomène dont la couverture statistique connaît des lacunes et des imperfections méthodologiques. Mais il s'agit ici de saisir un évènement « sensible »

<sup>39</sup> VILAIN A. « les interruptions volontaires de grossesse en 2006 », Etudes et résultats n° 659 - septembre 2008

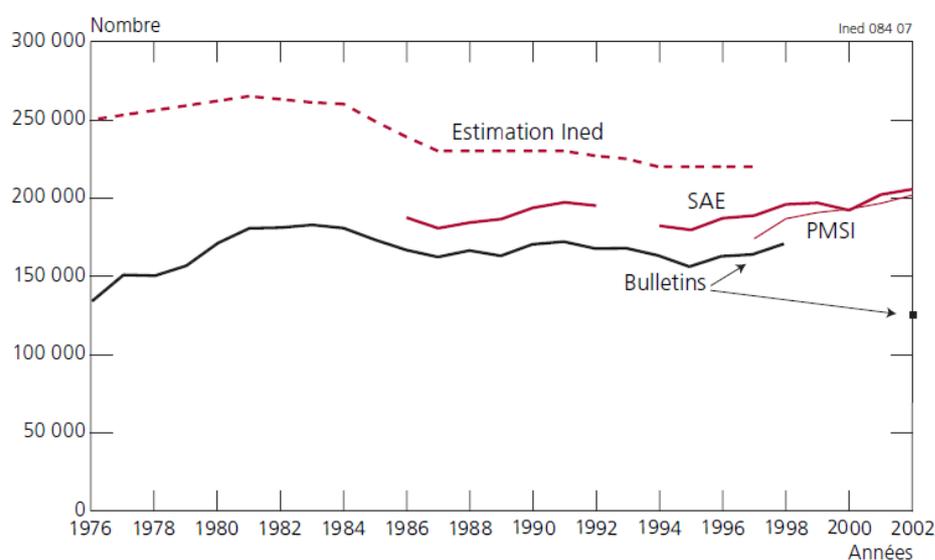
<sup>40</sup> Jusqu'en 1998, la DREES estimait le nombre total d'IVG en comparant établissement par établissement les données issues des bulletins et celles de la SAE. Depuis 2001, la SAE sert d'unique référence.

qui a longtemps fait l'objet d'une stigmatisation légale, sociale, morale et religieuse et qui reste souvent vécu plus ou moins difficilement au plan individuel. Il peut en résulter des contraintes et des difficultés particulières en termes d'approche et d'exploitation statistique. Les incertitudes qui en sont issues peuvent elles-mêmes emporter des effets plus importants, puisque le sujet n'a pas le statut d'une question de santé publique comme les autres.

#### 2.1.2.1. Des écarts substantiels entre les sources

Les écarts entre les sources statistiques concernant l'IVG sont connus, analysés et pris en compte dans l'établissement des données<sup>41</sup>. Mais ils peuvent contribuer à alimenter des confusions et des doutes voire des controverses, y compris sur des données de base, comme le nombre d'IVG réalisées et leur évolution.

Graphique 1 : Nombre d'interruptions de grossesse en France métropolitaine selon différentes sources (1976-2002)



Source : Rossier C. et Pirus C, art cit

#### 2.1.2.2. Une sous-déclaration importante

Les enquêtes déclaratives en matière de santé constituent une source irremplaçable pour connaître les attitudes, les comportements et les représentations que les dispositifs administratifs d'observation ne permettent pas de bien saisir. Le recueil d'information sous cette forme rencontre toutefois des limites<sup>42</sup> qui tiennent notamment à l'occultation par les personnes enquêtées d'évènements de santé les concernant.

Le phénomène de sous-déclaration en matière d'IVG apparaît particulièrement élevé et se traduit par une sous-estimation générale du recours à l'interruption volontaire de grossesse dans les enquêtes populationnelles, quels que soient les pays ou les méthodes d'enquête utilisée. Cette sous-estimation est évaluée de 40 à 65% selon les études (40% dans l'enquête Cocon).<sup>43</sup>

<sup>41</sup> Rossier C. et Pirus C, art cit

<sup>42</sup> Beck F. introduction au Baromètre santé 2005, Editions INPES,

<sup>43</sup> Moreau C, Bajos N, Bouyer J. De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale. Population 2004(3-4) : 503-517.

Ainsi selon le Baromètre santé 2005, 17% des femmes sexuellement actives déclaraient avoir déjà eu recours à une IVG dans leur vie. Le taux de recours cumulé en fin de vie reproductive (femmes de 45 à 54 ans) s'élevait à plus de 20% ce qui reste largement en dessous du taux estimé à partir des déclarations obligatoires fournies par les praticiens (selon lesquelles 40% des femmes auraient recours à une IVG pendant leur vie).

La persistance de cette sous-déclaration par les femmes d'un évènement qu'elles peuvent souhaiter oublier ou à propos duquel elles peuvent craindre d'être jugées témoigne que la légalisation n'a pas suffi à « normaliser » un acte pour lequel « la parole sociale reste difficile en général ».

### 2.1.2.3. Des zones d'ombre persistantes

Les différents travaux d'enquête et d'étude sur l'IVG ont permis de mettre en évidence, au-delà des chiffres eux-mêmes, des phénomènes importants, comme :

- la part élevée des échecs de contraception parmi les facteurs conduisant à l'IVG ;
- l'existence de situations « à risque » plutôt que de populations « à risque »

Mais la mission a pu constater la persistance de zones d'ombre sur des questions pourtant particulièrement significatives au regard des politiques de santé publique. Ainsi on manque de données quantitatives et qualitatives concernant :

- les mineures procédant à une IVG sans le consentement de leurs parents ;
- les IVG récurrentes ;
- le « vécu » de l'IVG par les femmes, notamment en fonction de la méthode utilisée ;
- le déroulement de l'IVG en ville ;
- la comparabilité internationale.

Ces résultats mal connus n'empêchent pas la propagation des idées reçues :

Les lacunes existant dans le système d'information mais plus encore la faible diffusion et la faible appropriation des résultats dans le public font que l'IVG demeure un domaine où les données objectives s'effacent souvent devant les impressions, lesquelles reflètent souvent des a priori.

Ainsi certains font-ils état d'une augmentation des avortements de « confort »<sup>44</sup>, alors que selon d'autres « les femmes ont de plus en plus de mal à obtenir des IVG dans le système hospitalier »<sup>45</sup>. Sans qu'aucune étude référencée permette dans l'un ou l'autre cas de fonder ces impressions. On pourrait de même citer certains discours véhiculés sur l'importance des « récidives », sur l'allongement supposé des délais d'accès, ou encore sur le niveau jugé dramatique des IVG chez les mineures.

Cette situation où les partis-pris et les impressions subjectives, souvent forgées à partir de cas particuliers, tendent à l'emporter sur l'analyse objective des données de fait reflète, au-delà de l'imperfection des statistiques qui n'est pas propre à l'IVG, la spécificité d'un sujet qui reste « pas tout à fait comme les autres » : peu de questions de santé publique mettent autant en jeu des points de vue personnels éthiques, religieux, philosophiques, moraux et politiques. D'où l'importance dans ce domaine plus encore qu'ailleurs de disposer de données fiables et objectives permettant de fonder sur des bases indiscutables une politique de santé.

De ce point de vue les objectifs que l'on peut assigner au dispositif de recueil d'information sur l'IVG ont évolué. En 1975 le suivi du nombre d'IVG visait en premier lieu à surveiller l'impact des mesures de légalisation sur l'évolution de la natalité, d'une part, et sur le recours à la contraception, d'autre part. La bonne tenue de la natalité française et l'augmentation de

<sup>44</sup> « Les gynécologues-obstétriciens constatent une augmentation du nombre d'avortements de confort », Le Figaro, 25 février 2009

<sup>45</sup> « Le planning familial reste essentiel », J MOSSUZ-LAVAU, Actualités sociales hebdomadaires -6 février 2009

la couverture contraceptive sur les trente dernières années ont montré que l'IVG n'avait pas d'effet marqué sur les comportements dans ces domaines et tendent aujourd'hui à minorer ces préoccupations. En revanche il apparaît nécessaire de mieux apprécier :

- l'efficacité et l'impact des politiques de prévention.

Les mesures visant à favoriser l'accès à la contraception, à la contraception d'urgence, les actions d'information et de communication, le développement de l'éducation à la sexualité ont pour but de prévenir les grossesses non prévues et devraient donc trouver un écho au niveau du nombre des IVG, et de leurs causes (qui ne se résument pas toujours, faut-il le rappeler, à un défaut de contraception).

- les conditions d'exercice du droit à l'IVG

Si la loi reconnaît aux femmes le droit d'interrompre une grossesse qu'elles ne souhaitent pas poursuivre, l'exercice effectif de ce droit dépend pour une large part du fonctionnement du dispositif de soins, de la rapidité, de l'efficacité et de la qualité, de la prise en charge. D'où l'importance de disposer d'informations permettant d'apprécier, au-delà du nombre d'IVG, les conditions d'accès et de prise en charge des femmes qui y ont recours.

## **2.2. Au niveau de la prise en charge : des patientes pas tout-à-fait comme les autres ?**

### **2.2.1. Une participation trop limitée des femmes au choix de la méthode**

Dans son rapport remis au Gouvernement en 1999 sur « l'IVG en France »<sup>46</sup> le Pr.Nisand indiquait : « il semble que le choix de la technique utilisée soit déterminé par la pratique des centres d'IVG, avec peu de possibilités de choix pour les femmes. ». Dix ans après la situation ne semble pas s'être fondamentalement modifiée alors même que l'éventail des méthodes théoriquement utilisables s'est accru avec l'IVG médicamenteuse.

L'IVG peut aujourd'hui être pratiquée selon diverses techniques aux caractéristiques bien différenciées : médicamenteuse ou instrumentale, et dans ce dernier cas avec anesthésie générale ou locale. Les études comparatives sont encore relativement peu développées. On ne dispose que de peu d'éléments permettant d'évaluer sur une base objective les avantages et inconvénients de l'une et l'autre et d'en informer les femmes. Sur le plan technique, il est dans l'ensemble admis que l'IVG médicale est grevée d'un taux un peu plus élevé d'hémorragies et d'échecs que l'IVG instrumentale. En revanche, elle est dépourvue de risque traumatique et utérin<sup>47</sup>. La faible incidence des complications quelle que soit la technique utilisée ne permet pas d'en faire un critère prépondérant de choix de la méthode. Elles se distinguent de façon beaucoup plus nette dans leur déroulement et donc nécessairement dans la façon dont elles sont vécues par les femmes : la durée totale du processus (qui peut aller de moins d'une heure pour une IVG par aspiration sous anesthésie locale à plusieurs jours pour une IVG médicamenteuse), le rôle et la participation de la femme (importante dans l'IVG médicamenteuse, où c'est elle qui déclenche le processus en prenant les médicaments, présente dans l'IVG instrumentale sous anesthésie locale, effacée dans l'IVG instrumentale sous anesthésie générale), la technique, perçue comme plus ou moins invasive, la douleur, plus ou moins contrôlée... Là encore peu d'études ont été menées quant à l'acceptabilité des différentes techniques par les femmes qui y ont été soumises. Une des plus citées a été réalisée il y a plus de 15 ans dans un hôpital universitaire écossais (Aberdeen)<sup>48</sup>. Elle montre -s'il en était besoin- l'importance de laisser aux femmes la possibilité de choisir entre les techniques d'IVG. Non seulement parce que les méthodes présentent des caractéristiques très différentes et que chaque femme en a sa propre appréciation, ce qui constitue un avantage pour l'une pouvant être

<sup>46</sup> I Nisand, op cit,

<sup>47</sup> J-Cl. Pons, F. Venditelli et P Lachcar, « l'interruption volontaire de grossesse et sa prévention », Masson, 2004

<sup>48</sup> Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. British Medical Journal, 1993,307:714-717. On trouvera en annexe une synthèse en français de cet article.

considéré comme un inconvénient pour l'autre, mais aussi parce que l'expérience montre qu'indépendamment de la technique **une méthode qui a été choisie par la patiente sera mieux supportée** par elle.

Les recommandations de la HAS vont tout à fait dans ce sens, soulignant que « dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale ».

De fait toutes les équipes hospitalières rencontrées par la mission ont insisté sur l'importance de laisser aux femmes le choix de la méthode utilisée. Toutes sont également convaincues de respecter ce choix qui constitue pour elles le critère principal - lorsque ce choix est médicalement possible, car il est généralement reconnu que plus l'âge gestationnel est avancé, moins il existe de choix possibles pour la technique d'IVG.

On pourrait donc s'attendre à ce que le profil de répartition entre les différentes techniques soit, toutes choses égales par ailleurs, sensiblement le même d'un établissement à l'autre, d'une région à une autre. Il n'en est rien et la réalité est bien différente :

Ainsi la part de la méthode médicamenteuse dans les IVG pratiquées peut varier du tout au tout d'un établissement hospitalier à l'autre : de 0 (comme –par ex- au CH Jean Rostand dans le Val-de-Marne) à 86% (CH de Creil) ou plus (94% au CMCO-SIHCUS de Strasbourg).

Dans certains établissements vus par la mission, où plus de 85 % des IVG sont réalisées par voie médicamenteuse quel que soit l'âge gestationnel, la seule alternative, plus théorique que réelle, étant l'IVG chirurgicale sous anesthésie générale. Les représentantes du planning familial local rencontrées confirment la très grande difficulté pour les femmes de faire prévaloir leur choix s'il n'est pas celui de la technique dominante (selon leurs déclarations, des femmes qui insisteraient pour une technique instrumentale se seraient vues répondre « trouvez-vous un anesthésiste »).

On observe également de fortes variations d'une région à l'autre - où la part des IVG médicamenteuses varie de 30% (Aquitaine) à 80% (Alsace) - et d'un département à l'autre - de 22% (Val d'Oise) à 81% (Bas-Rhin).

Tableau 9 : Techniques d'intervention en 2006 par région/département

IVG en 2006	Ivg médicamenteuses	IVG totales (non compris IVG médicamenteuses en ville)	IVG avec anesthésie générale	% des IVG médicamenteuses
Paris	3465	10643	5286	33%
Seine et Marne	2398	4605	1745	52%
Yvelines	2071	3687	596	56%
Essonne	2726	5860	2065	47%
Hauts de Seine	3008	7871	3278	38%
Seine Saint Denis	3532	10645	3795	33%
Val de Marne	1640	5303	2684	31%
Val d'Oise	805	3653	2093	22%
ILE DE FRANCE	19645	52267	21542	38%
CHAMPAGNE ARDENNE	1853	3467	1377	53%
PICARDIE	2988	5365	1852	56%

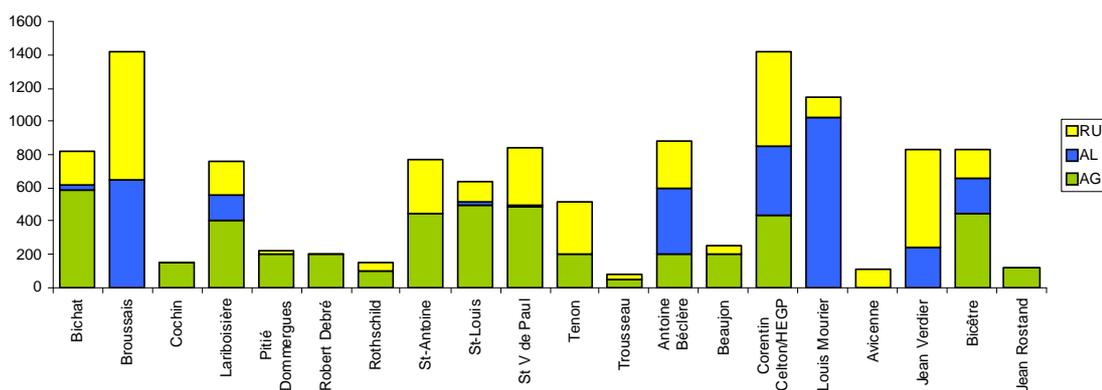
HAUTE NORMANDIE	1551	4892	2986	32%
Indre	447	495	45	90%
Loiret	1550	2085	428	74%
CENTRE	3677	6721	1469	55%
BASSE NORMANDIE	1937	3507	1267	55%
BOURGOGNE	1306	4077	1916	32%
NORD PAS DE CALAIS	6490	12176	1467	53%
LORRAINE	2851	6504	2796	44%
Bas Rhin	2476	3067	389	81%
Haut Rhin	1557	1944	477	80%
ALSACE	4033	5011	866	80%
FRANCHE COMTE	1015	3233	1731	31%
PAYS DE LOIRE	2922	8327	1671	35%
BRETAGNE	3228	7881	2682	41%
POITOU CHARENTES	2081	4138	1583	50%
AQUITAINE	2718	8939	4712	30%
Aveyron	418	584	165	72%
MIDI PYRENEES	4576	8862	2769	52%
LIMOUSIN	965	1956	990	49%
RHONE ALPES	5975	17407	6399	34%
AUVERGNE	1293	3256	1794	40%
Aude	927	1333	406	70%
LANGUEDOC ROUSSILLON	5298	10225	4548	52%
Hautes Alpes	380	516	134	74%
PROVENCE ALPES COTE D'AZUR	9725	21408	10009	45%
Corse du Sud	324	462	138	70%
Haute Corse	718	984	257	73%
CORSE	1042	1446	395	72%
FRANCE METROPOLITAINE	87169	201065	120519	43%
OUTRE MER	5505	12570	5031	44%
FRANCE ENTIERE	92674	213635	125550	43%

Source : SAE (Exploitation des chiffres fournis par la DREES)<sup>49</sup>

Ou à l'intérieur d'un vaste ensemble hospitalier tel que l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (l'AP/HP).

<sup>49</sup> Ne figurent dans ce tableau que les départements où la part de l'IVG médicamenteuse dépasse 70%

Graphique 2 : Les techniques d'IVG à l'AP/HP



Source : bilan d'activité 2007 des centres d'IVG de l'AP-HP de Paris (RU : IVG médicamenteuse, AL : IVG chirurgicale sous anesthésie locale, AG : IVG chirurgicale sous anesthésie générale)

A l'évidence des variations d'une telle ampleur ne sauraient s'expliquer par le choix des femmes.

Les facteurs explicatifs tiennent beaucoup plus :

- aux installations et aux choix organisationnels effectués dans les établissements :

Ainsi note-t-on à l'AP-HP que « l'anesthésie locale s'est beaucoup développée dans les centres qui avaient peu accès aux plateaux techniques avec anesthésie ; à l'inverse, l'anesthésie générale est majoritaire dans les services de gynécologie obstétrique, compte tenu notamment des besoins de formation des jeunes médecins »<sup>50</sup>.

Toutes les structures hospitalières n'offrent pas l'éventail complet des techniques disponibles pour réaliser les IVG. Ainsi à l'AP-HP seuls six centres sur vingt pratiquent toutes les techniques (centres de Bichat, Lariboisière, Saint-Louis, Saint Vincent de Paul, Bicêtre, A. Bécère) ;

- à la formation et à l'orientation des équipes pratiquant les IVG

Même dans les établissements qui sont en mesure d'offrir tout l'éventail des techniques, peu d'équipes les pratiquent de façon indifférente pour la réalisation des IVG. La plupart ont de fait une méthode d'élection qui dépend souvent de leur formation, et de l'expérience historique du centre. Si les professionnels rencontrés sont à l'évidence de bonne foi lorsqu'ils estiment attacher la plus grande importance aux préférences exprimées par les femmes, il est clair que celles-ci sont très influencées par la façon dont les différentes techniques leur sont présentées. Dans cette perspective la mission a pu constater l'étonnante force de conviction des équipes rencontrées qui, parce qu'elles en sont elles-mêmes convaincues, défendent avec beaucoup d'ardeur les avantages de la méthode médicamenteuse, de l'aspiration sous anesthésie locale ou de l'intervention sous anesthésie générale. Il en découle une étroite corrélation entre le choix des femmes, l'orientation préférentielle des équipes et la pratique observée.

Ainsi selon un praticien du centre hospitalier de Creil où 86% des IVG sont pratiquées par voie médicamenteuse « la préférence des femmes pour les avortements médicamenteux est apparue à l'équipe comme très largement dominante ». En Alsace, où la part de cette technique est le double de la moyenne nationale (80% contre 40%)<sup>51</sup>,

<sup>50</sup> bilan d'activité 2007 des centres d'IVG de l'AP-HP de Paris

<sup>51</sup> D'après les chiffres de la statistique administrative des établissements (SAE) 2006, fournie par la DREES.

l'option prise par les professionnels en faveur de l'IVG médicamenteuse qui est proposée jusqu'à la 14<sup>ème</sup> semaine de grossesse (et pratiquée à partir de la douzième semaine de manière quasi systématique)<sup>52</sup> est ouvertement revendiquée et présentée comme un choix d'équipe : « *Laisser choisir la patiente est la solution reine mais en pratique cela ne nous paraît pas choquant qu'une équipe impose sa technique, eu égard au faible nombre de patientes. Il faut en effet pratiquer une méthode avec laquelle l'équipe est à l'aise* »<sup>53</sup>.

Cette situation n'est pas propre à la France : la mission a pu constater en Belgique francophone, dans les « petites maisons » qui pratiquent depuis des décennies l'IVG par aspiration sous anesthésie locale, que les conseillères chargées de recevoir les femmes et de leur présenter les différentes techniques avaient une image plutôt négative de la méthode médicamenteuse considérée comme éprouvante pour les femmes et que cette réticence coïncidait avec une préférence exprimée des femmes pour l'aspiration qui domine largement dans la pratique de ces établissements.<sup>54</sup>

## 2.2.2. Une prise en compte de la douleur et du vécu des femmes encore insuffisante

### 2.2.2.1. La douleur, une préoccupation inégale

Les recommandations de la HAS comportent un chapitre spécifique relatif à la prise en charge de la douleur. Elles soulignent notamment que « l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse est responsable de douleurs, modérées à sévères pour plus de 50% des femmes, liées principalement à l'utilisation des prostaglandines » et que « lors des avortements par aspiration, pour environ le tiers des patientes, la technique d'anesthésie locale par bloc paracervical ne prévient pas la survenue de douleurs considérées comme sévères »

Les recommandations mentionnent les facteurs de risque de survenue d'une douleur intense, parmi lesquels figurent le jeune âge, la peur de l'acte, ainsi que d'autres facteurs de nature physiologique. Elles notent qu'« il faut pouvoir offrir à ces patientes des antalgiques efficaces, voire une anesthésie générale ».

Dans la pratique, nombre d'équipes se sont organisées pour la prise en charge de la douleur liée à l'IVG: mise en place de protocoles antidouleur, formation des personnels, actions diverses témoignant de l'importance de cette préoccupation dans leur pratique.

### **Le traitement de la douleur au CIVG de l'Hôpital Louis Mourier (Colombes)**

Dans le cadre de la lutte contre la douleur les 5 infirmières du centre ont entrepris 2005.une formation à la pratique du MEOPA. Après cette formation les deux salles d'intervention ont été équipées de matériel pour cette méthode de lutte contre la douleur qui est employée en complément de l'anesthésie locale. L'utilisation du PEOPA est proposée aux femmes pour leur IVG depuis juin 2006. 113 femmes en ont bénéficié au cours de l'année 2007. Par ailleurs un médecin et une infirmière de l'équipe participent aux réunions mensuelles du Comité de lutte contre la Douleur (CLUD) et ont participé à l'organisation d'une journée sur la douleur au sein de l'établissement.

Source : rapport d'activité du CIVG pour 2007 .

<sup>52</sup> O.Garbin, C.Vayssiere, K.Bettahar-Lebugle , I.Nisand "Consistency of medical abortion efficacy from 5 through 14 weeks' gestation ", European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology , 2006, vol. 129, no1

<sup>53</sup> Vautravers A., Nisand I., « IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée. Quelles techniques ? » . Intervention lors des 30<sup>èmes</sup> journées nationales du CNOGF

<sup>54</sup> Cf en annexe la note rédigée par la mission sur l'expérience des « petites maisons » en Belgique francophone

La question de la douleur est également particulièrement importante pour l'IVG réalisée en ville sous la surveillance du médecin traitant, dans la mesure où la femme risque d'y être confrontée à son domicile, sans la proximité d'une équipe de professionnels. Le réseau REVHO créé en Ile de France pour l'IVG médicamenteuse en ville s'en préoccupe et la fiche de liaison remplie lors de chaque intervention interroge le médecin sur la prescription d'antalgiques. Il est toutefois à noter que cette rubrique est parmi les moins bien renseignées, ce qui ne manque pas d'interroger : selon un rapport d'évaluation réalisé sur l'année 2005, les informations sur la prescription d'antalgiques étaient inexploitablement absentes dans plus de 94% des cas.<sup>55</sup>

La douleur physique dans l'IVG médicamenteuse tend à être minorée par une partie des médecins. Cette question n'est que rarement considérée comme un objet d'étude. Ainsi la HAS note-t-elle dans ses recommandations que « l'efficacité des traitements antalgiques proposés dans l'IVG a été peu évaluée. »

La possibilité de mettre fin à une intervention médicamenteuse mal supportée n'est que rarement prévue et organisée alors qu'elle constitue dans les établissements vus en Belgique une condition sine qua non : l'intervention n'est engagée que si un praticien est disponible sur place pour procéder éventuellement à une aspiration.

De même les risques de douleur aggravée ne sont pas nécessairement pris en compte dans le choix de la technique d'intervention. Le jeune âge, en particulier, ne semble pas, sauf pour certaines équipes, constituer un critère d'orientation préférentiel vers l'IVG pratiquée sous anesthésie générale.

Enfin on ne peut exclure la persistance de certaines situations heureusement marginales de déni de la douleur : selon le Mouvement Français du Planning Familial un établissement de région parisienne « fait subir aux femmes l'IVG par voie basse sans anesthésie » jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée<sup>56</sup>.

#### 2.2.2.2. Le vécu de l'IVG, une réalité mal connue

La douleur n'est pas la seule manifestation à prendre en compte dans le déroulement de l'IVG. Les sages-femmes et infirmières qui accompagnent les femmes réalisant une IVG médicamenteuse en établissement hospitalier soulignent les effets secondaires de cette technique qui peut s'accompagner de nausées et diarrhées plus ou moins bien supportées, nécessitant en tout état de cause une organisation et des locaux adaptés.

Au-delà des seuls aspects physiologiques l'IVG demeure un événement souvent difficile à vivre sur le plan psychologique. Cette dimension, si elle est volontiers mise en avant, manque d'éclairage objectif et scientifique. Le vécu et la satisfaction des femmes sont peu questionnés, ce qui reflète sans doute à la fois une faible valorisation du sujet et les difficultés spécifiques de son approche. Il apparaît il est vrai plus difficile d'interroger des femmes ayant procédé à une IVG que des femmes ayant accouché, ce qui n'a pas permis jusqu'à présent de recueillir des données du type de celles procurées par l'enquête de satisfaction menée auprès des femmes sortant de maternité<sup>57</sup>. L'importance de l'enjeu justifie cependant qu'on s'y attache et certaines équipes comme à Limoges ont mis au point un questionnaire de satisfaction des femmes pour évaluer et améliorer leur pratique de l'IVG.

Il reste que, comme le constate la HAS, « il existe peu de données concernant le retentissement psychologique de l'IVG. Un accompagnement spécifique doit être proposé et

<sup>55</sup> CemkaEval « rapport d'évaluation du réseau REVHO », 31 mars 2006

<sup>56</sup> MFPF « résultats de l'enquête 2008 sur les conditions d'accès à l'IVG dans la région d'Ile de France »

<sup>57</sup> Etudes et résultats n° 660 de septembre 2008, « étude de la satisfaction des usagères de maternité à l'égard du suivi des grossesses et du déroulement des accouchements »

disponible ». En l'absence de bases objectives la définition de cet accompagnement s'avère toutefois délicate et reflète plutôt le point de vue subjectif des professionnels : on constate selon les endroits et les partis pris des situations très variables qui vont d'une certaine dramatisation avec tendance à la psychologisation systématique et à un maternage parfois excessif à une négligence qui frise l'abandon.

### 2.2.3. La gestion du ticket modérateur : une confidentialité qui se paye

Le paiement d'un ticket modérateur est demandé aux patientes, le montant étant le même sur l'ensemble du territoire, puisqu'aucun coefficient régional ne s'applique à cette modalité particulière de tarification.

Plusieurs situations se présentent :

- la patiente est affiliée à un organisme complémentaire et ce dernier rembourse l'IVG, la patiente n'ayant pas de demande spécifique relative au caractère confidentiel de l'acte au sein de son environnement familial,
- la patiente souhaite que l'acte ne soit pas connu de son environnement familial : une convention spécifique est parfois signée avec l'organisme complémentaire permettant une gestion spécifique, dans le cas contraire, la patiente s'acquitte du ticket modérateur et ne se le fait pas rembourser,
- dans la situation ci-dessus, la patiente peut être dans l'impossibilité financière de s'acquitter du paiement du ticket modérateur : en ce cas, certains établissements s'appuient sur la circulaire du 10 janvier 2000 sur la prise en charge des IVG dans le cadre de l'aide médicale d'Etat et font prendre en charge le ticket modérateur par l'aide médicale d'Etat (AME), qui permettait une prise en charge par l'AME, pour la part non couverte par l'assurance maladie, « *de toute personne se trouvant en situation de détresse matérielle ou morale et désirant garder l'anonymat* ». Les dispositions de cette circulaire ont été abrogées par la circulaire du 27 septembre 2005 relative à l'AME, mais n'a été remplacée par aucun texte permettant de tenir compte de cette spécificité.

### 2.3. Au niveau du système de santé : une activité pas tout à fait comme les autres ?

#### 2.3.1. Un système de financement à part

##### 2.3.1.1. Des forfaits spécifiques à l'IVG

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, les dépenses afférentes à l'IVG ne relèvent plus du budget de l'Etat, mais de celui de l'assurance maladie et les prestations d'hospitalisation sont intégrées dans les objectifs de dépenses des établissements. Les pouvoirs publics ont décidé, néanmoins, de laisser l'activité d'IVG en dehors de la tarification à l'activité (TAA) dès la mise en œuvre de cette nouvelle modalité de tarification. Les éléments d'explication concernant ce choix de ne pas inclure l'IVG dans la TAA qui ont été donnés à la mission par l'ATIH<sup>58</sup> sont les suivants :

- déterminer des tarifs homogènes entre établissements publics et privés ;
- prévoir un reste à charge (ticket modérateur) incombant à l'assurée sociale, équivalent sur le territoire, hors coefficient géographique ;
- pallier d'éventuels dépassements d'honoraires.

Les modalités de fixation du prix de l'IVG sont donc spécifiques et relèvent, en vertu de l'article L 162-38 du CSS, d'un arrêté du Ministre de la santé fixant un prix plafond.

---

<sup>58</sup> Annexe : note de la DHOS/DSS/ATIH

Le forfait, qui figure en annexe, donne un prix pour chaque technique d'IVG, et pour chaque mode d'intervention. Un groupe homogène de malades (GHM) est rattaché à l'activité<sup>59</sup>. L'acte d'IVG n'est pas inscrit à la nomenclature (CCAM). Un ticket modérateur de 20% dans les établissements et de 30 % pour l'IVG médicamenteuse en ville est demandé aux patientes<sup>60</sup>.

### Un ordre de grandeur du coût de l'IVG

La complexité du système de tarification et de remboursement d'une part, l'absence de chiffres fiables permettant de répartir les actes d'IVG entre les différentes catégories tarifaires d'autre part, n'ont pas permis d'obtenir une estimation précise du coût de l'IVG. Pour disposer au moins d'un ordre de grandeur la mission a effectué un calcul rustique en affectant au nombre total des IVG chirurgicales le forfait correspondant à une intervention de moins de 12 heures (90% des cas) sous anesthésie générale (70% des cas) dans le secteur public et en affectant au nombre total des IVG médicamenteuses en établissement le forfait prévu pour le secteur public. On aboutit à un ordre de grandeur de **70 millions** d'euros qui doit être considéré comme une estimation plancher très approximative des coûts directs, dont 55 sont pris en charge par l'assurance maladie et le reste constitue le ticket modérateur à la charge des patientes.

Type d'acte	Nombre d'actes	Tarif utilisé pour l'estimation	Montant estimé	Dont prise en charge assurance maladie
IVG chirurgicale	125 500	286 euros	42 millions d'euros <sup>61</sup>	33,6 (80%)
IVG médicale en établissement	92 700	258 euros	24 millions d'euros	19,2 (80%)
IVG médicale en ville	15 000	192 euros	3 millions d'euros	2,1 (70%)
Total			69 millions d'euros	55 millions d'euros

Source : SAE (pour les IVG en établissement) et CNAMTS (pour les Ivg en ville)

#### 2.3.1.2. Une situation confuse

Même si la décision de ne pas faire entrer cette activité dans le système de la TAA a été délibérée et s'est traduite sous la forme de trois arrêtés de tarification<sup>62</sup>, en 2004 et en 2008, et en 2009, sur le terrain, la plus grande confusion est de règle. La majorité des professionnels médicaux et administratifs (directeurs hospitaliers, DRASS, ARH)...sont en effet convaincus du contraire et attribuent à la TAA l'insuffisance de couverture des charges par le prix fixé par arrêté.

La détermination des actes entrant dans le forfait est par ailleurs peu claire : on peut citer par exemple la réalisation de la carte de groupe sanguin, prise en compte dans le forfait si l'acte est réalisé lors du « séjour », mais s'il est fait avant, au sein d'un établissement ou dans un laboratoire externe à l'établissement, une facture de biologie est émise. Néanmoins, la mission a pu constater que, au moins dans un établissement privé, cet acte était, dans tous les cas, facturé à la patiente. De

<sup>59</sup> mais pas le groupe homogène de séjour (GHS) qui est égal à zéro

<sup>60</sup> L'acte était payé à 94% de son prix à l'établissement, par l'assurance maladie jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2009 (arrêté de « versement » du 23 janvier 2008). Tous les établissements hospitaliers publics demandaient néanmoins aux patientes d'acquitter un ticket modérateur de 20% en hospitalisation, (ou 30% en ville). Le système est en cours de modification pour entrer dans le droit commun (part à la charge de l'assurance maladie obligatoire calculée compte tenu des droits de la patiente auprès d'un organisme de sécurité sociale, et non plus sur la base d'un taux de conversion).

<sup>61</sup> Le calcul sur ces bases aboutit à 36 millions d'euros qui ont été portés à 42 millions, montant estimé par la DHOS en 2007 de la base de remboursement des Ivg chirurgicales

<sup>62</sup> Arrêtés du 23 juillet 2004, du 28 avril 2008 et du 4 août 2009 relatifs aux forfaits afférents à l'IVG.

même, en ville, la première consultation est « hors forfait » et peut parfois donner lieu à dépassement d'honoraires, quelle que soit la méthode choisie.

### 2.3.1.3. Une activité déficitaire pour l'IVG chirurgicale

Qu'elle soit pratiquée dans un établissement de santé public, privé ou par un médecin de médecine libérale, l'IVG est, quand il s'agit de l'IVG chirurgicale, une activité déficitaire.

- Dans les établissements hospitaliers publics, ce sont les études nationales de coût réalisées par l'ATIH (ENCC) qui aboutissent à la détermination du coût. Il est néanmoins difficile de se faire une idée de ce que coûte réellement l'activité d'IVG.

En l'absence de comptabilité analytique, l'imputation de charges qui peuvent relever de l'activité d'IVG pour partie, mais aussi d'autres activités (maternité, gynécologie obstétrique...) est difficile, notamment pour les charges de personnel, et les examens complémentaires. La mission s'est fait communiquer à titre d'exemple des calculs de coûts effectués dans certains établissements ; il en ressort que ceux-ci sont d'être couverts par le forfait et le ticket modérateur versé par les patientes<sup>63</sup>. **En moyenne les recettes représentent approximativement 50% des dépenses**<sup>64</sup>

- Dans les établissements privés, ce sont les données facturées à l'assurance maladie qui servent de référence (rémunération de l'établissement et honoraires).

Comme pour les établissements publics, la mission s'est fait communiquer à titre d'exemple les coûts tels qu'ils sont construits par les établissements privés visités par la mission, qui sont loin d'être couverts, là aussi, par les recettes de l'assurance maladie et le ticket modérateur versé par les patientes. Pour ce qui concerne les établissements privés, un directeur d'ARH estimait que dans les cliniques de sa région, la perte s'élevait à 100 euro par acte d'IVG.<sup>65</sup> Enfin, l'application de tarifs plafonds sur le fondement de l'article L. 162-38 ne réussit pas toujours à empêcher la facturation de tout dépassement.

D'une manière générale dans tous les établissements de santé, publics et privés, il faut ajouter que le temps d'accompagnement des femmes, par l'ensemble des professionnels, va au-delà de ce qui relève de l'acte technique et n'est pas pris en compte :

- l'intervention des sages femmes dans l'acte d'IVG, ne peut être estimée sur la même base que l'intervention des médecins sous l'angle de la rémunération, or, selon la dernière enquête de la DREES, « *les 3/4 des sages femmes qui interviennent dans la prise en charge des IVG sont sous délégation du médecin et peuvent donc intervenir de façon importante pour la réalisation de l'IVG (et non seulement pour les entretiens). Dans les petits établissements, 85% des sages femmes sont plus impliquées dans la prise en charge des IVG (puisque elles agissent « sous délégation du médecin») contre 61% dans les gros* ».
- enfin, l'absence de convention, ou de conventions actualisées, entre les établissements hospitaliers et les conseils généraux ne permet pas toujours de clarifier les imputations entre ce qui relève véritablement de l'activité d'IVG et ce qui relève de l'activité de planification (vacation des conseillers conjugaux et familiaux par exemple).

A la demande de la mission, l'ATIH a établi quelques simulations de coûts, en comparant notamment les tarifs des fausses couches spontanées (FCS) et l'acte d'IVG chirurgicale. En effet, comme l'IVG, les FCS donnent lieu le plus souvent à une prise en charge ambulatoire, avec entrée et sortie le même jour. Tous les professionnels interrogés par la mission ont souligné que la

<sup>63</sup> Plusieurs exemples figurent en annexe

<sup>64</sup> Ces estimations ont été effectuées avant la dernière revalorisation du forfait qu'elles ne prennent pas en compte

<sup>65</sup> Annexe : note de l'ARH

technique de l'IVG chirurgicale était comparable à celle utilisée pour le traitement des fausses couches spontanées, mais le tarif affecté à chacun des deux actes diffère nettement.

Selon cette étude qui figure en annexe<sup>66</sup>, si les tarifs d'IVG relevaient du droit commun, et étaient fixés selon la même méthode que pour les FCS, le calcul basé sur un GHM provisoire aboutirait pour l'IVG chirurgicale à un tarif allant de 569 à 633 euros. L'arrêté du 4 août 2009 vient de porter le montant des forfaits pour l'IVG chirurgicale à des niveaux allant de 306,14 euros à 441, 82 euros pour les établissements de santé publics<sup>67</sup> et de 332,58 à 391,15 pour les établissements privés (le forfait pour l'IVG médicamenteuse étant fixé à 257 euros). Par comparaison une FCS est tarifée de 442 euro à 976 euros.

### Simulation des tarifs d'IVG par comparaison avec ceux des fausses couches

« Les « fausses couches spontanées » (FCS) donnent lieu en effet le plus souvent, à une prise en charge "ambulatoire" (entrée et sortie le même jour).

En V10 des GHM, elles sont donc groupées dans un GHM de la CM24 (24M25Z). Nous tombons alors sur le classique pb des GHM (et GHS) qui traduisent une moyenne de prise en charge, et s'agissant de la CM24, de la distinction ambulatoire strict (date d'entrée = date de sortie), et séjour avec nuitée (Date de sortie = date d'entrée + 1). De fait, les coûts de ces groupes, et par suite les tarifs qui en découlent reflètent cette moyenne et s'agissant des FCS, survalorisent probablement la prise en charge.

Nous avons simulé ce qui se passera en V11, du fait de la disparition de la CM24. Le tableau ci-dessous montre ce à quoi on peut s'attendre en terme de tarifs et d'activité (données 2007). (Attention, il convient de ne retenir que les ordres de grandeur, les tarifs indiqués étant pour l'instant provisoires)

La V11 comporte un GHM d'IVG qui n'existait pas en V10 : 14Z08Z. Si les tarifs d'IVG relevaient du droit commun (et on sait que ce n'est pas le cas), l'étude de coût permettrait d'établir un tarif d'environ 569 €

Les FCS conduiront désormais dans les racines de GHM 14C05 ou 14Z04.

Pour la 14C05 (avec curetage, aspiration ou hystérotomie), un groupe "en J" regroupant les seuls séjours de 0 jours avec intervention a été créé : son tarif se rapproche du tarif issu des coûts du GHM IVG (633 €), mais à coup sûr il reste éloigné des vrais tarifs IVG (issus de l'arrêté de 2004 modifié).

Pour la racine 14Z04 (sans intervention), un groupe "en T" a été créé, regroupant des séjours de 0 ou 1 jour. Son tarif serait lui, inférieur au tarif estimé IVG (si droit commun) (442 €).

Nota : le 14C05J a un tarif supérieur, bien que regroupant des séjours de 0 jours stricts, ce qui est à rapprocher du fait qu'il s'agit d'un groupe chirurgical (avec intervention).

**En conclusion : la contradiction apparente entre les tarifs des FCS et tarifs des IVG s'explique totalement par les modèles fondamentaux sur lesquels ils reposent.**

**Ainsi, la V11 améliorera le problème constaté, sans toutefois le résoudre à elle seule ».**

Source : ATIH .

<sup>66</sup> La simulation s'appuie sur la version n° 11 de la TAA,

<sup>67</sup> Pour une hospitalisation allant jusqu'à 24 heures

Tableau 10 : Simulation de tarif et d'activité

libellé	effectif national	Durée moyenne de séjour	Tarif GHM provisoire
Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie, en ambulatoire	21858	-	633, 60
Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie	18850	1,66	976, 25
Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie, très courte durée	6261	-	442, 94
Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie	7986	1,85	919.34
Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 2 jours	161091	0,22	569, 15
IVG 0 jour	153830	0j	
IVG sur 1 jour	7261	1j	

Source : ATIH. Données 2007 A noter que dans ce tableau, « avortement » doit être compris comme « fausse couche spontanée ».

Dans tous les cas, il apparaît que les décisions prises en 2008 et 2009, qui aboutissent à des revalorisations significatives des tarifs ne permettent pas encore de rattraper le retard pris dans les années précédentes par rapport aux coûts réels de l'IVG chirurgicale.

Pour inscrire l'activité d'IVG dans les missions de l'établissement de santé comme un acte normalisé pour son organisation, il apparaît nécessaire de revaloriser son financement. Dans le cas contraire, les conséquences sur l'activité d'IVG seront très préjudiciables à sa prise en charge dans de bonnes conditions, suivant les recommandations de la HAS en termes de délais, d'accueil et de professionnalisme. De plus, le risque est grand que la pratique de l'IVG médicamenteuse, a priori moins coûteuse pour l'assurance maladie, plus facile à mettre en place pour les services hospitaliers (pas d'accès au bloc chirurgical par exemple ...), ne soit privilégiée comme une solution de facilité, sans intégrer dans le budget hospitalier le nécessaire accompagnement qu'elle implique .

### 2.3.2. Une faible valorisation professionnelle

#### 2.3.2.1. Une place généralement limitée dans la formation

Tous les médecins généralistes ou gynécologues, même s'ils n'interviennent pas directement dans l'activité d'IVG, seront confrontés au cours de leur pratique à cette question et devront au moins être en capacité d'accueillir et d'orienter leurs patientes demandeuses d'une intervention.

Pourtant l'organisation des études médicales réserve une place limitée à la question de l'IVG. Le nombre d'heures consacrées dans le cursus universitaire aux questions d'orthogénie reste faible et la place accordée à ces thèmes au cours du résidanat est très inégal d'une faculté de médecine à l'autre. L'IVG lorsqu'elle est abordée l'est essentiellement sous l'angle de la pathologie et des complications, auxquelles les praticiens seront très rarement confrontés, alors qu'ils n'auront pas été préparés à l'accueil, l'écoute et la prise en charge des femmes demandeuses d'IVG, à l'explication des différentes méthodes, et que très peu d'entre eux auront eu l'occasion de se former à la pratique des actes eux-mêmes.

De fait, dans la suite de leur carrière, alors qu'ils peuvent être amenés à intervenir dans la gestion de l'IVG, leur expérience de cet acte sera limitée et leur faible sensibilisation à l'importance dans la vie de leurs futures patientes ne leur permettra pas facilement de les orienter

vers une prise en charge adéquate, ni même de leur accorder l'écoute et les conseils qu'elles seraient en droit d'attendre.

Une enquête réalisée auprès des généralistes d'un département d'Ile de France sur leurs connaissances et pratiques face à une demande d'IVG<sup>68</sup> montrait que les trois quarts d'entre eux avaient reçu des femmes demandeuses d'IVG au cours de l'année écoulée. La même enquête mettait en évidence des lacunes importantes dans l'information des médecins, notamment concernant le contexte légal de l'avortement: 34% seulement des praticiens interrogés connaissaient le délai maximum permettant de réaliser une IVG en France et la majorité ignorait que le consentement parental n'est plus obligatoire pour une jeune femme mineure. Il va de soi que ces lacunes peuvent avoir de graves conséquences pour la prise en charge d'une femme en détresse se tournant en premier recours vers son médecin de famille. Par ailleurs, si 80% des médecins interrogés étaient capables de citer les deux méthodes (médicale et chirurgicale) d'IVG, seule la moitié d'entre eux les expliquait à la patiente et un quart leur laissait choisir celle vers laquelle elle s'orienterait.

La formation continue peut contribuer à remédier à ces carences : la création de diplômes universitaires (DU) a tendance à être plus dynamique, en dépit de la réticence de certaines universités, et permet une formation continue des professionnels sur l'ensemble de la thématique, en rassemblant des professionnels d'horizons variés.

Mal armés pour assurer l'orientation de leurs patientes à venir, les futurs médecins sont encore moins incités à s'impliquer dans cette activité qu'ils ne connaissent guère et qui est peu valorisée dans leur formation. Ce qui pose de réels problèmes pour la relève de la génération « militante » de médecins qui assuraient jusqu'à présent la pratique de l'IVG au quotidien et qui atteignent l'âge du départ à la retraite<sup>69</sup>. La mission a pu rencontrer dans plusieurs services hospitaliers des chefs de service qui s'en préoccupent et mènent une action volontariste pour former les internes qu'ils accueillent à l'activité d'IVG dans le respect des femmes, à travers un réel tutorat et une mise en responsabilité.

**Cependant, si la tendance actuellement en cours se prolonge, conduisant à ce que la méthode de l'IVG médicamenteuse devienne la méthode la plus répandue, le risque est réel d'assister à la disparition progressive de la formation à la technique de l'IVG chirurgicale et qu'à terme, les femmes n'aient plus le choix de la méthode d'IVG qu'elles souhaitent.**

La mission souhaite insister sur cette partie du constat et sur la nécessité de pallier ces inégalités dans la formation des futurs médecins en fonction du service dans lequel ils ont été amenés à mener leur stage.

2.3.2.2. Un engagement peu porteur en terme de statut, de carrière, de rémunération

Les médecins relèvent de plusieurs statuts et qualifications dans les établissements publics hospitaliers

La question se pose dans le secteur public hospitalier, plus que dans les établissements privés, dans lesquels les médecins sont plus libres de leur activité sauf position contraire de leur conseil d'administration :

- un certain nombre de médecins ont le statut de médecins attachés, internes, assistants des hôpitaux ou praticiens nommés à titre temporaire. D'après la dernière enquête de la

<sup>68</sup> BEDEL CHAUVAUD Julie, Connaissances et pratiques du médecin généraliste face à une demande d'interruption volontaire de grossesse, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, 2004

<sup>69</sup> Cette préoccupation est soulignée dans le rapport précité de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale.

DREES, ces professionnels représentent la moitié des médecins pratiquant des IVG. Ce sont souvent des médecins généralistes, ou des gynécologues médicaux ; dans certains établissements visités par la mission, l'activité repose en grande partie sur cette catégorie de médecins : dans un centre hospitalier de l'Ouest de la France, les deux médecins généralistes effectuant des IVG dans l'établissement allaient prendre leur retraite, et au moment où est passée la mission, aucun médecin n'était prévu pour faire fonctionner le centre d'orthogénie. Souvent des militants engagés depuis longtemps pour permettre le droit à l'avortement, surtout dans des établissements où le poids du chef de service n'incite pas son équipe à assurer cette activité, ces médecins ont joué un rôle essentiel mais le recours à cette forme d'engagement touche à sa fin. Ces médecins peuvent constituer un renfort appréciable pour le fonctionnement de l'activité, certains praticiens de médecine libérale, sous réserve de ce qui a été dit supra souhaitant conserver des liens avec l'hôpital ;

- les praticiens hospitaliers contractuels, comme ceux de l'AP/HP, qui de vacataires sont devenus PH contractuels, recrutés en général au 4<sup>ème</sup> échelon, plus 10%) ;
- les praticiens hospitaliers titulaires.

Leur carrière est tributaire de plusieurs facteurs explicites et implicites. En ce qui concerne les praticiens hospitaliers, tous ne bénéficient pas :

- d'une progression de carrière équivalente à celle des praticiens intervenant dans d'autres spécialités ;
- d'une rémunération permettant de compenser certaines inégalités (absences de gardes ...), le récent rapport de l'IGAS relatif à la rémunération des médecins<sup>70</sup> ayant bien souligné ayant souligné dans leur enquête la prégnance de cette question ;
- et d'un parcours professionnel pouvant s'inscrire, s'ils en font la demande au moment de leur recrutement, dans une carrière intégrant un ensemble d'activité et pas seulement l'IVG, permettant au médecin d'avoir une activité en maternité, en gynécologie-obstétrique, et de pratiquer des accouchements ;
- et tous ne se déterminent pas quant à leur pratique future par rapport à l'activité d'IVG, ce qui peut conduire à déséquilibrer l'activité d'un service.

Tableau 11 : Comparaison de rémunérations dans un établissement de santé du centre de la France (Tours)

Comparatif des statuts			
<b>TEMPS PLEIN 10 demi-journées</b>			
<i>praticien hospitalier</i>	<i>durée de la carrière 24 ans</i>		
	1er échelon		13ème échelon
traitements*	48 347,41		87 793,26
<i>Contractuel missions spécifiques</i>	<i>recrutement et carrière au 4ème échelon + 10%</i>		
traitements*		56 792,45	
<b>TEMPS PARTIEL 6 demi-journées</b>			
<i>praticien hospitalier</i>	<i>durée de la carrière 24 ans</i>		
	1er échelon		13ème échelon
Traitements*	26 370,94		48 941,86
<i>Contractuel missions spécifiques</i>	<i>recrutement et carrière au 4ème échelon + 10%</i>		
traitements*		31 264,65	
*traitements bruts sur la base de l'arrêté du 31 octobre 2008			

Source : centre hospitalier de Tours

<sup>70</sup> L. Chambaud, M. Khennouf, C. Lannelongue, "enquête sur la rémunération des médecins et des chirurgiens hospitaliers », rapport de l'IGAS, janvier 2009, voir aussi en annexe des exemples de rémunération dans un établissement hospitalier (CHU) du centre de la France

Les possibilités nouvelles de recrutement offertes par la loi HPST pourraient être utilisées pour rendre l'activité d'IVG plus attractive financièrement.

#### Les autres professionnels de santé

La pratique de l'IVG médicamenteuse tend à modifier la place des autres professionnels de santé dans l'accomplissement de l'acte, infirmières et sages-femmes.

La mission a pu constater que dans les établissements où l'IVG médicamenteuse était la méthode pratiquée de manière majoritaire, ce sont souvent les sages-femmes, et les infirmières, qui effectuent une partie des actes (entretiens, administration des médicaments). Comme cela a été déjà souligné, les établissements enquêtés par la DREES en 2008 ont déclaré que les sages-femmes représentait plus du tiers des professionnels intervenant dans l'acte d'IVG, essentiellement dans le secteur public et dans les petits établissements (moins de 250 IVG/an), sous délégation du médecin.

#### **La nouvelle loi HSPT avait prévu de faire évoluer le cadre juridique d'intervention des professionnels sur ces activités concernant l'IVG médicamenteuse.**

Une expérimentation devait être menée, après consultation des professionnels concernés, pour autoriser les sages-femmes à pratiquer les IVG par voie médicamenteuse (article 86 modifiant l'article L. 4151-1 du CSP), ces professionnelles occupant déjà une place majeure dans le déroulement du processus.

L'annulation de ces dispositions par le Conseil constitutionnel <sup>71</sup> laisse entier le problème de l'adéquation entre les pratiques et les textes. Il reviendra au Gouvernement de voir s'ils souhaitent réintégrer dans les formes juridiques correctes les dispositions annulées.

La réingénierie des formations qui est en cours, la rédaction de nouveaux programmes, devient d'autant plus urgente que l'exercice de la profession de sages-femmes peut désormais également comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention sous réserve qu'elle adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. Le renouvellement de prescription de contraceptifs oraux datant de moins d'un an pour une durée maximale de six mois non renouvelable, devrait intégrer de manière plus affirmée la formation à la délivrance des techniques de contraception et à la pratique de l'IVG médicamenteuse lorsque les bilans de l'expérimentation seront effectués.

#### Les conseiller(e)s conjugaux et familiaux

La mission reprendra la conclusion du rapport du groupe national d'appui et du précédent rapport de l'IGAS<sup>72</sup>, qu'il s'agisse des constats et des recommandations sur la définition de leurs tâches, leur appellation et leur rémunération, et notamment l'inscription de la problématique de la professionnalisation de cette profession dans le programme de travail de la commission professionnelle du travail social ; les principales recommandations portaient sur l'adaptation de leurs missions au nouveau dispositif prévu pour les entretiens, dans le cadre d'une réflexion plus globale sur leur activité, et la prise en compte de l'évolution de leurs missions, notamment en direction des jeunes filles mineures.

La mission a pu constater lors des entretiens avec ces professionnels que cette approche avait progressivement suivi la mise en place de la loi, et que leur participation à la diffusion de l'information relative à la contraception s'était accrue. Parmi les préconisations élaborées par l'IGAS, préconisations qui concernent la DGAS, la DGS/DHOS, la DIF, la DREES, le service du

<sup>71</sup> Décision du 13 juillet 2009 Le Conseil constitutionnel s'est saisi d'office de ces articles, et les a déclarés non conformes à la Constitution, car la durée de l'expérimentation n'était pas prévue dans le texte de loi.

<sup>72</sup> Vilchien D. Gal. C. le statut des conseillères conjugales et familiales, rapport de l'IGAS, octobre 2006

droit des femmes, **l'une d'entre elles pose la problématique de la professionnalisation**. Un travail est en cours au sein de l'administration centrale pour adapter la formation de ces professionnels en ce sens, mais il ne semble pas que les conditions d'amélioration de l'attractivité de ces fonctions aient été, à ce stade, intégrées dans les réflexions.

L'élaboration d'un référentiel métier est en cours, afin de redéfinir la spécificité des CCF dans ce nouveau contexte, qui doit servir de levier aux autres préconisations. Il reste à espérer que l'évolution des conditions d'intervention des CCF dans la nouvelle problématique de l'IVG soit prise en compte dans ces travaux.

### 2.3.3. Une intégration variable dans l'activité hospitalière

La loi du 4 juillet 2001 a voulu répondre aux constats des responsables de CIVG et aux suggestions du rapport du Pr. Nisan précité concernant l'organisation de l'activité d'IVG.

Avant l'adoption de cette loi, la situation était la suivante :

- des centres autonomes ou CIVG produits d'une situation historique où la clause de conscience du chef de service donnait le ton à l'ensemble de son service. Les centres d'IVG se sont créés en réaction à cette situation, et à partir d'un engagement militant des professionnels de santé, sous la responsabilité médicale des médecins. Il s'agissait souvent de médecins libéraux qui y travaillent comme vacataires, souvent des médecins généralistes restés parfois dans une situation marginale, sans être véritablement intégrés au fonctionnement des instances de l'établissement, ni à l'ensemble de l'activité d'orthogénie ;
- des unités fonctionnelles, avec une intégration dans un pôle avec locaux et personnels principalement dédiés.

Afin de légitimer l'activité d'IVG, et de la sortir d'une marginalisation de fait, les textes pris depuis la loi du 4 août 2001 visent à unifier la situation en faisant du service d'IVG des unités fonctionnelles, rattachées à un pôle, mais avec des moyens et du personnel dédiés et une mention dans les rapports d'activité des établissements.

La mission a rencontré des situations très hétérogènes dans l'organisation des établissements hospitaliers :

- de très rares centres autonomes, comme celui de Roubaix, ont le statut de service d'orthogénie, et dont le mode de fonctionnement est souvent lié à la fois à leur histoire et à la personnalité du chef de service, qui participe ainsi à l'ensemble des instances de l'établissement ;
- d'autres centres autonomes sont en voie d'intégration comme unités fonctionnelles dans un pôle ;
- des unités fonctionnelles sont intégrées dans des pôles maternité, ou gynécologie-obstétrique ou pédiatrie, voire de chirurgie ;
- des unités fonctionnelles éclatées entre le bloc chirurgical, l'activité d'IVG, l'activité de planification familiale avec un référent médical dédié.

La direction du centre ou de l'unité est elle aussi de nature variable :

- à l'AP/HP, sur 7 centres, 5 sont dirigés par un gynécologue, 1 par un médecin généraliste, 1 par un médecin anesthésiste ;
- dans les centres visités par la mission en région, on retrouve la même hétérogénéité dans le choix du profil médical amené à diriger le centre, entre médecin généraliste, gynécologue obstétricien, voire pédiatre.

Les professionnels sont eux-mêmes divisés : pour certains, la situation idéale est représentée par le centre autonome, à la condition qu'il soit partie prenante des instances de

décision de l'établissement, pour d'autres professionnels, il est préférable que l'activité relève d'une unité fonctionnelle appartenant à un pôle de gynécologie-obstétrique, avec des personnels et des crédits fléchés.

Le positionnement du chef de pôle est déterminant : de par son activité professionnelle, (un pédiatre sera peut être moins porté à s'investir dans l'activité qu'un gynécologue...) et surtout en fonction de sa position personnelle par rapport à l'IVG et de sa capacité à orienter les positions des membres de son services.

**La mission estime qu'il est difficile d'imposer des règles en la matière, tant les situations, le poids de l'histoire, les positionnements personnels et philosophiques divergent :**

- soit l'activité d'IVG devient une activité du système de santé à part entière, car faisant partie d'un épisode de la vie des femmes dont il faut tenir compte, et son intégration dans le droit commun de l'organisation hospitalière, sous la forme d'une unité fonctionnelle, a sa logique. Elle permet par ailleurs aux professionnels d'avoir une activité diversifiée. C'est la situation que la mission a, de manière générale, rencontré. Même s'ils sont personnellement opposés à l'IVG, et sauf exceptions, les chefs de service ont généralement et au moins de manière officielle, organisé l'activité d'IVG. La difficulté désormais tient au manque de disponibilité des personnels soignants, ou parfois à une certaine mauvaise volonté au quotidien, pour assurer l'activité ;
- soit l'autonomie du centre perdure, si les conditions d'une intégration dans le droit commun hospitalier ne peut se faire de manière satisfaisante, l'objectif étant de ne pas dégrader ou rendre impossible l'activité d'IVG ;
- dans tous les cas, il convient de s'assurer que l'activité se déroule dans de bonnes conditions, permettant notamment de préserver l'anonymat, de renforcer la discrétion, et d'être attentif à la « bienveillance » des femmes tout au long du circuit,
- et que la pratique de l'orthogénie dans l'établissement soit cohérente avec l'ensemble de ces activités.

#### **2.3.4. Une pratique strictement encadrée qui n'échappe pourtant pas aux incertitudes**

La pratique générale de l'IVG s'inscrit dans un cadre très réglementé :

Le fort niveau d'encadrement réglementaire qui caractérise la pratique de l'IVG en fait d'emblée une activité médicale différente des autres. Il reflète l'ampleur des controverses suscitées par la reconnaissance du droit à l'avortement en 1975 mais aussi par l'introduction de la méthode médicamenteuse (RU 486) et par les dispositions de la loi de 2001 notamment concernant l'allongement du délai et l'assouplissement du régime d'autorisation des mineures.

C'est ainsi que l'IVG est un acte à déclaration obligatoire. Il est soumis à une procédure rigoureuse : première visite médicale, délai de réflexion d'une semaine, deuxième visite médicale avec confirmation écrite de la demande à l'issue du délai, consultation psychosociale obligatoire pour les mineures, délai maximum légal...

Le cadre législatif et réglementaire comporte également des garanties qui visent à assurer la conciliation parfois difficile entre le droit des femmes à faire interrompre une grossesse qu'elles ne souhaitent pas poursuivre d'une part, et le droits des soignants à ne pas y participer directement si cet acte heurte leurs convictions personnelle, d'autre part. Ainsi :

- le médecin consulté n'est jamais tenu de pratiquer lui-même l'IVG mais, depuis la loi de 2001, il doit en ce cas informer sans délai la patiente de son refus et la réorienter immédiatement vers un confrère susceptible d'y procéder ;
- -un chef de service peut refuser de pratiquer lui-même des IVG mais ne peut s'opposer à ce qu'elles soient pratiquées dans son service et doit s'assurer de leur organisation.

### La réglementation est particulièrement poussée pour l'IVG médicamenteuse

Les textes officiels concernant l'IVG médicamenteuse et tout particulièrement l'IVG en ville vont plus loin, dans la mesure où ils entrent dans le détail des pratiques médicales en fixant avec une grande précision des éléments tels que : le nombre de consultations à prévoir, les conditions d'administration des médicaments, la posologie et les spécialités à utiliser.

Ainsi le code de la santé publique définit-il le parcours pour la réalisation d'une IVG médicamenteuse en ville qui comprend 5 consultations médicales successives. Il précise notamment que les prises de médicament doivent avoir lieu en présence du médecin <sup>73</sup>. La circulaire du 26 novembre 2004 justifie cette obligation par le souci « de garantir la bonne administration dans les délais requis des deux médicaments et de permettre au médecin d'assurer un suivi régulier de la patiente » et insiste tout particulièrement sur le fait qu'« en aucun cas les médicaments ne sont remis à la patiente pour une prise ultérieure en dehors du cabinet du médecin. Notamment, la pratique consistant à remettre à la patiente les comprimés de misoprostol pour qu'elle les prenne à son domicile est exclue »

Ce degré de précision inhabituel a suscité des réactions chez les médecins <sup>74</sup>, notamment pour ce qui concerne la mention dans les circulaires ministérielles des noms de spécialités, où certains ont vu une atteinte à leur liberté de prescription. De façon plus générale nombre de professionnels mettent en cause la rigidité du cadre qu'ils jugent excessive.

### **Interrogations sur le cadre de réalisation de l'IVG hors établissement**

« Aucun acte médical n'est encadré de manière réglementaire aussi stricte et précise que l'IVG médicamenteuse en ville. Ce n'est pas le risque médical qui justifie un tel encadrement mais la crainte d'un recours insuffisamment contrôlé. (...). Le contrôle de l'acte IVG en ville conduit à en rigidifier la réalisation dans un sens parfois contraire au confort de la patiente (prise à la maison du misoprostol) et au meilleur choix médical (limites dans l'adaptation du choix de médicament et sa posologie).

La relative innocuité des médicaments ne justifie pas ce contrôle sur le plan médical. La poursuite éventuelle de la grossesse soulève plus de questions de responsabilité. Mais n'est-ce pas vrai dans bien d'autres domaines ?

Le risque social justifie-t-il un tel contrôle ? Faut-il craindre d'évoluer vers plus d'autonomie des femmes ?

Au total, le cadre juridique, plutôt que d'entrer dans le détail des pratiques ne devrait-il pas renvoyer, comme il le fait déjà, aux recommandations professionnelles ?

*Source : E.Vanhecke « L'interruption volontaire de grossesse en ville : une opportunité pour améliorer l'accès à l'IVG. Expériences et perspectives en Seine-Saint-Denis », ENSP, septembre 2006*

### Un cadre qui n'exclut pas les contradictions et les incertitudes

La pratique de l'IVG est régie simultanément par plusieurs types de règles :

- les conditions de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des spécialités utilisées dans la pratique de l'IVG médicamenteuse ;

<sup>73</sup> Cf en annexe les étapes de l'IVG médicamenteuse en ville

<sup>74</sup> FAUCHER. P « L'IVG à domicile », Réalités en gynécologie-obstétrique, n° 114, octobre 2006, HASSOUN D. « interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville », La lettre du gynécologue n° 301, avril 2005

- les recommandations pour la pratique clinique émanant de la HAS (recommandations publiées par l'ANAES en 2001) ;
- les textes législatifs et réglementaires (lois, décrets, circulaires).

L'ensemble forme un cadre complexe non exempt d'ambiguïtés et de contradictions, qui affectent sa lisibilité et peuvent entraver son développement (incertitudes professionnelles et insécurité juridique).

En effet la mission a pu constater que les pratiques sont diverses et tendent à s'éloigner sur plusieurs points tant de ce que prévoient les textes réglementaires que des recommandations professionnelles. L'importance des écarts à la règle (constatés dans la pratique ou même revendiqués) incite à questionner la validité de ces règles d'autant que le cadre fixé n'est pas exempt de contradictions. Ces écarts sont souvent revendiqués, documentés et argumentés par les équipes et les praticiens. Ils alimentent diverses polémiques au sein du milieu médical et avec les autorités du tutelle qui ont trait notamment

- à l'utilisation des différentes techniques selon l'âge gestationnel

Les discussions portent essentiellement sur le délai maximum d'utilisation de la méthode médicamenteuse. Celui-ci fait l'objet de mesures légales : ainsi l'IVG médicamenteuse en ambulatoire n'est légalement possible que jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée (Article R 2212-10 du Code de la santé publique). Il est également indiqué dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) utilisé pour lancer le processus d'avortement médicamenteux : l'autorisation de mise sur le marché accordée en 1988 à la Mifégyne prévoyait un délai de 7 semaines d'aménorrhée, délai porté à 9 semaines en 2007 suite à une procédure d'arbitrage européen demandée par la France (AFSSAPS) et instruite par l'Agence européenne du médicament.

Enfin cette question est traitée par la HAS au titre des recommandations professionnelles qui ne recommandent pas l'usage de la technique médicamenteuse après la 9<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée <sup>75</sup>.

Dans la pratique la question du délai ne se pose pas en ambulatoire puisque tout dépassement des 7 semaines placerait le praticien dans l'illégalité. Pour les IVG en établissement les équipes médicales suivent dans leur majorité les recommandations professionnelles. Mais des pratiques différentes peuvent être observées. Certaines équipes suspendent les IVGs pendant la 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> semaine pour passer ensuite à la technique chirurgicale. D'autres équipes réalisent l'IVG médicamenteuse et en défendent la pratique jusqu'à 14 semaines, notamment en Alsace mais aussi dans certains établissements d'Ile de France.

- aux protocoles utilisés pour l'IVG médicamenteuse

Les discussions portent sur le choix des spécialités mais aussi sur la posologie.

Le protocole réglementaire et l'AMM prévoient la prise de 3 comprimés de Mifégyne (600 mg de mifépristone) alors que les recommandations de l'ANAES de 2001 concluaient à l'efficacité d'un seul.

Actuellement les pratiques observées en ville comme en établissement se partagent entre 1 et 3 comprimés, suscitant des positions tranchées entre les partisans de l'un ou l'autre.

Pour essayer de supprimer ces contradictions du cadre de référence et lever les incertitudes qui en résultent au niveau de la pratique la DGS a saisi la HAS d'une demande de révision visant à actualiser les recommandations sur la dose de mifépristone recommandée (600 mg ou 200 mg).

---

<sup>75</sup> Cf tableau détaillé en annexe

A ce stade le groupe de travail réuni par la HAS n'a pu aboutir à la sortie de nouvelles recommandations, un accord n'ayant pu être trouvé avec les professionnels de la gynécologie-obstétrique sur cette question.

- aux conditions d'administration des médicaments

Le décret du 1<sup>er</sup> juillet 2004 prévoit que les deux prises de médicament ont lieu en présence du médecin. Mais les recommandations de l'ANAES, antérieures à ce décret, permettent l'administration à domicile du misoprostol. De ce fait le code de la santé publique comporte une contradiction interne : l'art R 2212 -10 renvoie aux recommandations de l'ANAES (prise à domicile) alors que l'art R 2212-17 contraint à la prise des médicaments devant le médecin.

Dans la pratique la mission a pu vérifier que de nombreux hôpitaux et quasiment tous les médecins libéraux (s'agissant de l'IVG en ville) remettent à la patiente le misoprostol pour qu'elle le prenne à son domicile. Cette pratique est ouvertement revendiquée<sup>76</sup> en se réclamant des recommandations professionnelles et en se fondant sur le souci d'assurer le maximum de confort pour la femme, exposée à des douleurs et au risque de déclenchement de l'hémorragie sur le trajet de retour entre le cabinet médical et son domicile.

La question de la nécessité de surveillance après la prise de misoprostol – qui n'est de fait pas possible dans le cadre d'un cabinet de ville, à la différence d'un établissement hospitalier-constitue un deuxième point sur lequel la DGS a demandé à la HAS des recommandations actualisées.

### **3. L'ASSISE DE L'IVG EN TANT QU'ACTIVITE MEDICALE DEMEURE FRAGILE**

#### **3.1. Une activité qui demeure très dépendante des équations personnelles et locales**

Il est bien évident que la personnalité du chef de service, son acceptation ou son hostilité à l'activité d'IVG rejaillit sur l'ensemble de l'équipe. Cette posture est notamment importante pour orienter l'engagement des internes dans la prise en compte de cette activité, pour qu'ils reçoivent une formation adaptée incluant le respect des femmes et le souci de ne pas culpabiliser ces dernières. La tonalité donnée par le chef de service, mais aussi par le directeur de l'établissement hospitalier, est essentielle.

Comme l'a déclaré un professionnel de santé lors d'un entretien avec la mission : *« certains médecins ne veulent pas faire d'IVG car ils estiment qu'il ne s'agit pas d'une activité médicale valorisante ; moi je trouve que répondre à la situation de détresse des femmes, c'est valorisant ».*

Dans nombre d'établissements, des efforts importants ont été réalisés, dans l'accueil des femmes et dans l'organisation de l'activité :

- Par une prise de conscience de la nécessité de la préservation de l'anonymat : l'administration des établissements hospitaliers se montre de plus en plus attentive à cette question. Les équipes ont souvent travaillé sur le circuit idéal, allant de l'appel téléphonique (d'où l'importance de la formation des secrétariats, et la permanence des personnels), la prise de rendez-vous et le paiement de l'acte et le contact bien géré des rappels des femmes négligentes pour la consultation finale ;
- un accueil bien organisé ;

---

<sup>76</sup> Cf par exemple la brochure illustrée « avorter à la maison, c'est possible » conçue par le REVHO pour expliquer la méthode médicamenteuse aux femmes demandeuses d'IVG (en annexe)

- un secrétariat dédié ;
- la présence quand c'est possible d'un centre de planification familiale ;
- une salle d'attente préservée des regards.

Dans d'autres établissements, l'activité IVG tient manifestement une place marginale dans les préoccupations des professionnels administratifs et soignants, ce qui se traduit par un moindre niveau de priorité voire des oublis systématiques dans la planification et l'attribution des locaux et des ressources. Ces choix se répercutent sur les conditions de traitement des patientes. Ainsi dans un hôpital public de région parisienne relevant de l'AP/HP la mission a pu voir la minuscule pièce sans fenêtre, où les femmes venant d'avorter sont installées à quatre sur des chaises longues, à bonne distance des toilettes, là où d'autres établissements mettent à leur disposition des chambres à un lit avec WC particulier.

La signalisation est une autre manifestation concrète de l'attitude manifestée à l'égard d'une activité qui est rarement considérée parmi les plus nobles de l'hôpital, lorsqu'elle n'est pas honteusement cachée.

### **Signaliser ou ne pas signaler le centre d'IVG**

Les théories sur la signalisation sont diverses : de l'affichage clair, y compris sur les panneaux de signalisation urbains « centre d'orthogénie », jusqu'à la pudique appellation « choisir », en passant par « planification familiale » appliqué à l'ensemble de l'activité, ou par « rien ».

Pour certaines équipes, la discrétion est plus aisée à pratiquer lorsque les femmes peuvent facilement se repérer, pour d'autre, les circonvolutions sont plus respectueuses d'anonymat.

En réalité, chaque équipe, dans sa volonté de bien faire, apporte sa propre réponse en fonction de son expérience ou de sa pratique.

### **3.2. Une concentration de l'offre de soins**

Alors que le nombre des IVG réalisées en France est demeuré relativement stable depuis 2000, le nombre des établissements hospitaliers concernés a significativement diminué durant cette période : de 729 en 2000 à 639 en 2006.

Cette concentration résulte essentiellement de l'abandon de cette activité par des « petits » établissements, réalisant moins de 250 IVG dans l'année. Le nombre d'établissements réalisant plus de 1000 IVG dans l'année (34) a au contraire augmenté (34 en 2000, 43 en 2006) et ils assurent une part croissante de l'activité totale (28% en 2006 contre 23 % en 2000)<sup>77</sup>. Elle traduit également un certain désengagement du secteur privé à but lucratif.

Aujourd'hui, la majorité des IVG est donc réalisée dans le secteur public, cette part étant en augmentation constante du fait d'un désengagement volontaire du secteur privé de cette activité, sauf exceptions, et qui semble bien lié à l'absence de rentabilité de cet acte.

D'ailleurs, dans la plupart des cliniques rencontrées par la mission, l'activité d'IVG ne fait l'objet d'aucune publicité (pas d'information par téléphone) et se limite parfois à la clientèle existante, les gynécologues de l'établissement intervenant pour « dépanner » leurs patientes habituelles, ou les filles de leurs patientes.

<sup>77</sup> Source DREES, informations de la SAE premiers résultats de l'enquête menée en avril 2007 auprès de 206 établissements réalisant des IVG.

Les cliniques privées autres que PSPH, assurent un nombre non négligeable d'IVG. Cependant, il s'agit d'une activité qui a tendance à décroître nettement. La disparition dans la loi du quota qui pouvait auparavant inciter les établissements privés à une sous-déclaration des IVG, a rendu cette pratique peu opérante.

Pour prendre en compte l'activité d'IVG, les cliniques privées semblent continuer à adopter les différentes attitudes :

- refuser de pratiquer cet acte : le déclin de la part des établissements privés dans la pratique de l'activité illustrée par le tableau ci-dessus est réel, quoiqu'inégal selon les régions ;
- continuer à le pratiquer par militantisme pour permettre une prise en charge complémentaire de celle du service public, notamment en Ile de France, au-delà de la seule patientèle des médecins de l'établissement, alors que des établissements publics du voisinage n'assurent pas l'activité.

### Continuer à faire des IVG dans les établissements privés ?

Question ; « Est ce que l'IVG est rentable ? Réponse d'un gynécologue pratiquant des IVG dans une clinique privée en Ile de France cité par le même article : Non, ce n'est pas du tout rentable pour la clinique. Je travaille à perte. D'ailleurs, le Directeur a tiré la gueule à un moment donné et moi, j'ai dû me battre pour garder cette activité. Je me rattrape sur le prix des consultations (note : la première consultation est hors forfait et le médecin peut fixer ses propres honoraires) mais pas la clinique. C'est elle qui achète tous les médicaments et tout le matériel pour l'intervention. Pour l'acte en lui même, je ne prends rien de plus que le forfait. Je pratique l'IVG par militantisme, et je la considère comme un véritable acte médical ».

Source : C.Rossier,C.Pirus, « évolution du nombre d'IVG en France entre 1976 et 2002 », in *Population*, 2007, volume 62

- continuer à le pratiquer comme une facilité pour la prise en charge des patientes de ville des médecins qui sont amenés à intervenir dans ces établissements ; mais parfois, en déclarant l'IVG comme un autre acte, notamment comme une fausse couche spontanée, ce qui permet d'échapper à l'encadrement du forfait, voire à pratiquer des dépassements d'honoraires.

Cette concentration de l'offre a plusieurs conséquences : a priori les avantages et les inconvénients ne sont pas différents d'autres activités médicales : elle peut conduire à une moindre proximité géographique pour les femmes demandeuses d'IVG, les obligeant à des déplacements plus importants, (mais certaines femmes surtout dans les petites villes préfèrent pour des raisons d'anonymat aller dans un établissement plus éloigné) ; un « gros » établissement peut au moins en théorie offrir des équipes et une organisation plus efficiente. D'autres pays, comme la Belgique, ont fait un choix radicalement différent en autorisant ces activités dans des petites structures offrant un environnement familial et médical, et y pratiquent essentiellement des IVG chirurgicales avec aspiration sous anesthésie locale.

La mission estime nécessaire de veiller au maintien d'une offre de proximité et en ce sens l'intégration dans un service rend l'activité moins fragile. Elle peut parfois, comme la mission l'a vu pour un établissement de santé du secteur public, être créée en compensation d'un maintien de l'activité d'une maternité.

### 3.3. Les ambiguïtés autour de la clause de conscience

La loi Veil prévoit une clause de conscience en matière d'IVG dont peut se prévaloir tout médecin, et plus largement tout soignant qui ne veut pas pratiquer une IVG ou y concourir.

Toutefois, la pratique des IVG étant une mission de service public, la loi du 4 juillet 2001 a prévu que le chef de service d'un établissement public de santé ne peut s'opposer à ce que des interruptions volontaires de grossesse soient effectuées dans son service, même s'il conserve, en application des dispositions précitées du code de la santé publique, le droit de ne pas en pratiquer lui-même

**Art. L. 2212-8 du code de la santé publique**

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'art. L. 2212-2.

Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Il est difficile de cerner la pratique de la clause de conscience. A titre d'exemple, le sondage précité de la FHF dénombre, sur les 12 établissements publics interrogés, 9 médecins invoquant la clause de conscience.

Mais dans un centre hospitalier de l'Ouest de la France, 5 médecins sur 7 invoquaient la clause de conscience. La mission a par ailleurs rencontré des services dans lesquels la position sur la clause de conscience du chef de service restait encore la position de référence pour l'ensemble de l'équipe du service de gynécologie obstétrique ou de la maternité, qui n'osait pas aller à contre-courant de la position du chef de service.

Lors de ses visites sur site, la mission a rencontré des situations très diverses : des chefs de service ayant recours à titre personnel à la clause de conscience, mais s'attachant à organiser leur service de manière à ce que l'activité d'IVG puisse se dérouler le mieux possible ; des chefs de service faisant pression sur leur équipe, souvent dans le non-dit, et l'activité d'IVG étant assurée par des médecins généralistes attachés, quelques jours ou demi journées par semaine, rémunérés à la vacation. La mission a pu également voir des chefs de service préoccupés par le refus de certains médecins récemment embauchés qui n'avaient pas déclaré qu'ils auraient recours à la clause de conscience au moment de leur intégration dans le service, et envisagent désormais de s'en enquérir avant de procéder au recrutement du professionnel. Il est par ailleurs difficile de contrôler des pressions de nature morale ou religieuse dans le secret des cabinets médicaux.

### **3.4. *Un risque de resserrement de l'éventail des méthodes***

#### **3.4.1. La méthode médicamenteuse : une forte dynamique de développement**

En quinze ans la méthode médicamenteuse a connu un développement très important puisque près d'une IVG sur deux est aujourd'hui pratiquée de cette façon.

L'IVG en ville restant encore peu répandue, c'est essentiellement dans le milieu hospitalier que cette méthode est utilisée, où elle se substitue progressivement à la méthode dite instrumentale.

Tout concourt à l'extension de cette méthode :

- une image a priori attractive auprès des femmes, la « pilule abortive »- comme elle est parfois présentée de façon abusive- apparaissant d'un usage simple et facile alors que le recours à la « chirurgie » et son corollaire, l'anesthésie, présente un caractère plus rebutant, ou risqué ;

- une tarification plus avantageuse, puisque, malgré la récente revalorisation, le forfait en vigueur pour l'IVG instrumentale apparaît en deçà du coût réel pour les établissements et décourage d'un point de vue financier le recours à cette méthode ;
- de moindres contraintes d'organisation : l'IVG médicamenteuse telle qu'elle est pratiquée n'exige pas de mobiliser un bloc opératoire et un anesthésiste. Le souci d'économiser les locaux conduit par ailleurs un certain nombre d'équipes hospitalières à envisager le développement de l'ambulatoire pour cette activité ;
- les difficultés à mobiliser des ressources médicales pour la réalisation des IVG : comme cela a été souligné supra, la mission a pu constater la part importante prise par les personnels non médecins dans la pratique de l'IVG médicamenteuse. Celle-ci est en réalité assez souvent déléguée, en partie ou en totalité, à des sages-femmes ou des infirmières. De ce point de vue, l'article de la loi « Hôpital patient-santé-territoire » qui vise à autoriser les sages-femmes à réaliser des IVG médicamenteuses reviendra à légaliser des pratiques de fait. A noter que la délégation à d'autres catégories de personnels peut dans certains cas s'analyser comme un recours déguisé des médecins à la clause de conscience.

S'il n'est pas officiellement érigé en objectif des politiques en matière d'IVG, le développement de la méthode médicamenteuse en apparaît comme une orientation sous-jacente. Comme on l'a vu plus haut, la politique de tarification est plus favorable à la méthode médicamenteuse. La place de cette méthode dans le nombre des interruptions de grossesse réalisées est souvent mise en valeur comme un indicateur de référence, et sa croissance envisagée comme une évolution positive allant dans le sens de la modernité. Certaines DRASS se sont ainsi vues réclamer des explications par l'administration centrale sur la place jugée trop faible de l'IVG médicamenteuse dans leur région.

Au total, la France qui a été précurseur au niveau scientifique dans la mise au point de la méthode fait également partie des pays les plus en tête dans sa mise en œuvre.

Si les statistiques nationales peuvent donner l'impression d'une situation relativement équilibrée entre technique médicamenteuse et techniques instrumentales, cette moyenne recouvre des situations beaucoup plus contrastées comme le montre le tableau suivant. On y constate que la méthode médicamenteuse occupe une place très largement prédominante dans certains départements où elle est utilisée pour 70 à 90% des interventions : départements alsaciens et corses, Aude, Aveyron, Hautes Alpes, Indre, Loiret.

Dans une région comme l'Alsace une des conséquences indirectes de l'allongement du délai légal de réalisation des IVG a été la disparition dans la quasi-totalité des établissements de la région de la méthode par aspiration, les médecins se refusant à la pratiquer au-delà de 12 semaines d'aménorrhée.

#### **3.4.2. Des menaces pour les autres méthodes**

La mise en place de la méthode médicamenteuse constitue une avancée très importante dans la mesure où elle ouvre une alternative nouvelle et permet d'élargir le choix des femmes entre des façons très différentes de vivre leur interruption de grossesse. La perspective devient toute autre si au lieu de s'ajouter aux méthodes existantes elle tend à s'y substituer.

Tableau 12 : Techniques d'intervention en 2006 dans les établissements vus par la mission

Liste des établissements vus par la mission		total IVG	% des IVG médicamenteuses	% des anesthésies générales dans les IVG chirurgicales
<b>ILE DE France</b>				
Centres hospitaliers :				
-	Saint Vincent de Paul à Paris	967	40%	1%
-	Jean Verdier à Bondy	898	71%	90%
-	Louis Mourrier à Colombes	1070	6%	100%
-	Cergy Pontoise	334	22%	100%
-	Kremlin Bicêtre	908	20%	67%
-	Institut mutualiste Montsouris (PSPH)	506	40%	100%
-	Clinique des Bluets, Paris	301	27%	100%
	- Clinique des Lilas , Pres St Gervais	1322	21%	56%
	-Clinique du Parisis, Corneilles en Parisis	454	38%	100%
<b>ALSACE</b>				
Centres hospitaliers :				
-	Hautepierre	975	88%	0%
-	CMCO/SIHCUS	666	94%	100%
-	Mulhouse	1329	87%	100%
<b>PAYS DE LOIRE</b>				
-	CHU de Nantes	1813	31%	20%
-	Clinique Jules Vernes (PSPH) à Nantes	645	24%	32%
-	Centre hospitalier de Laval	398	28%	3%
<b>LIMOUSIN</b>				
-	CHU DE Limoges	946	57%	100%
-	Centre hospitalier de Tulle	128	45%	99%
<b>OUTRE MER</b>				
Guadeloupe				
-	CHU de Pointe à Pitre	2193	41%	1%
-	Centre hospitalier de Basse Terre	521	77%	98%
-	Clinique " les eaux claires "	1171	57%	94%
Martinique				
-	CHU de Fort de France	1241	34%	100%
-	Centre hospitalier du Lamentin	784	36%	1%

Source : SAE (Exploitation des chiffres fournis par la DREES)

La prédominance de l'anesthésie générale qui tend à s'accroître pour la pratique des IVG chirurgicales (l'anesthésie générale représentait 67% des interventions en 2006 contre 62% en

2002)<sup>78</sup> contribue également à renforcer le recours à l'IVG médicamenteuse, par crainte des risques cliniques liés à l'anesthésie générale. Comme le souligne l'OMS « L'anesthésie générale n'est pas recommandée pour l'avortement et elle augmente les risques cliniques. Elle est associée à une plus grande fréquence des hémorragies que l'anesthésie locale. Elle coûte plus cher aux services de santé et à la patiente, particulièrement du fait que certains hôpitaux exigent, sans nécessité, que la patiente reste jusqu'au lendemain. »<sup>79</sup>

Peu pratiquée en France par rapport aux pays voisins, la pratique des IVG par aspiration sous anesthésie locale présente pourtant des avantages évidents tant en termes de coût que d'organisation et de sécurité sanitaire. Sa rapidité peut également être considérée par la patiente comme un élément de confort supplémentaire

### L'IVG par aspiration sous anesthésie locale

Un avortement par aspiration prend entre 3 et 10 minutes suivant l'âge de la grossesse et peut être pratiqué en ambulatoire et en utilisant des analgésiques et/ou une anesthésie locale.

La plupart des femmes qui subissent un avortement au premier trimestre sous anesthésie locale se sentent suffisamment bien pour quitter le centre de santé après une période d'observation d'environ 30 minutes dans une salle de réveil.

*Source : Organisation mondiale de la santé (OMS), Avortement médicalisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, 2004.*

Les professionnels qui la pratiquent notent par ailleurs que la patiente restant consciente durant toute l'intervention, elle est en mesure d'alerter le praticien en cas de problème supposé. Elle suppose des équipes une certaine habitude et une capacité d'attention et d'accompagnement de la patiente pendant l'opération. Essentiellement pratiquée dans les centres autonomes d'IVG par des équipes aguerries à cette technique, elle risque de pâtir de l'intégration de l'activité de ces centres dans les services d'obstétriques ainsi que du départ en retraite des professionnels formés à cette pratique, au point que l'Assemblée Nationale dans son récent rapport sur le suivi de la loi du 4 juillet 2001<sup>80</sup> s'inquiète de son éventuelle disparition.

#### 3.4.3. La nécessité de maintenir le choix de la méthode

Les méthodes d'IVG ont des caractéristiques trop différentes pour qu'il soit possible de déterminer une hiérarchie entre elles ni même de déterminer des profils de femme auxquels telle méthode conviendrait mieux que telle autre. L'expérience montre que ce qui est ressenti comme un avantage par l'une peut précisément constituer un inconvénient pour l'autre. La multiplicité des critères à prendre en compte montre bien la complexité d'un choix qui ne peut s'effectuer qu'au cas par cas et que la patiente est seule à même d'assumer sous réserve de bénéficier d'une information complète et objective.

<sup>78</sup> « Suivi de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception », Rapport d'information déposé par Mme Bérengère Poletti, députée, au nom de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale, octobre 2008.

<sup>79</sup> Organisation mondiale de la santé (OMS), Avortement médicalisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, 2004.

<sup>80</sup> Op cité

Tableau 13 : Comparaison des méthodes d'IVG

	<b>Avortement médicamenteux</b>	<b>Avortement chirurgical</b>
<b>Praticable à partir de</b>	<b>4 semaines d'aménorrhée</b>	<b>6-7 semaines d'aménorrhée</b>
Praticable jusqu'à	7 (en ambulatoire) à 9 (en établissement) semaines d'aménorrhée	14 semaines d'aménorrhée
Technique invasive	Non	Oui
Anesthésie à prévoir	Non	Oui (sous forme locale ou générale)
Durée de l'évacuation	de quelques heures à quelques jours	rapide
Taux de succès	95 à 98 %	99 %
Complications sévères	Rares	Rares (mais peuvent inclure des complications mécaniques : plaie du col, perforation)
Durée du saignement	10-13 jours	8-10 jours
Douleur	++	+
Nécessité d'un suivi	+++	+
Contrôle	La patiente a un meilleur contrôle de la méthode	Le praticien a un meilleur contrôle de l'acte

Source : D'après FAUCHET P., op cit

On peut assez facilement imaginer un scénario qui aboutirait par prolongation des tendances actuelles à une quasi-hégémonie de la méthode médicamenteuse avec éventuellement recours à titre marginal à la méthode chirurgicale sous anesthésie générale.

Ce scénario que l'on observe déjà dans certains départements ou établissements n'apparaît pas souhaitable pour 2 raisons essentielles :

- L'IVG médicamenteuse n'est pas nécessairement adaptée à tous les cas ni à toutes les femmes

L'AMM ne l'autorise pas au-delà de 9 semaines d'aménorrhée. La patiente doit par ailleurs bien comprendre la méthode et y adhérer car elle suppose de sa part une implication nettement plus importantes que la méthode chirurgicale. Elle doit aussi être prête à attendre deux à trois semaines et à revenir pour une visite de contrôle afin de savoir si l'IVG a réussi. La plupart des équipes soulignent la difficulté de faire respecter cette visite de contrôle et leurs craintes par rapport aux femmes « perdues de vue ». Surtout elle doit l'avoir véritablement choisie ce qui constitue une condition essentielle pour que cette méthode soit bien supportée.

Le recours croissant à l'ambulatoire y compris dans les établissements accroît par ailleurs les contraintes

### **Le point de vue d'un gynécologue praticien hospitalier**

« Je suis extrêmement réticent lorsqu'il s'agit d'une mineure qui ne dispose pas de l'autorisation parentale : une jeune fille qui avorte toute seule, dans son coin, dont les parents ne sont pas au courant, qui a mal, c'est dangereux. Mieux vaut également éviter l'Ivg médicamenteuse en ville pour les femmes qui sont très seules, les migrantes qui n'ont pas d'hébergement ou les patientes qui avortent contre leur gré et qui ont beaucoup d'appréhension à l'idée de voir l'œuf »

Source : le Monde, 8 septembre 2006<sup>81</sup>

<sup>81</sup> Propos de P Faucher, gynécologue à l'hôpital Bichat, recueillis par Anne Chemin, « IVG en ville : le choix d'avorter à domicile », Le Monde, 08.09.06

L'IVG médicamenteuse ne saurait être une solution de facilité, si l'on veut la pratiquer dans de bonnes conditions.

L'expérience des équipes qui se sont lancées dans le développement de l'IVG médicamenteuse montre que sa pratique suppose la mise en place d'une organisation et de locaux adaptés ainsi qu'un accompagnement important.

Elle suppose également que soit envisagé le cas où l'intervention engagée par voie médicamenteuse est mal supportée. Ainsi le protocole du centre hospitalier de Creil pour l'avortement médicamenteux prévoit-il qu'à tout moment une aspiration sous anesthésie locale peut être pratiquée soit sur demande de la femme soit (rarement) en raison de l'abondance des métrorragies<sup>82</sup>.

Au total, il apparaît essentiel si l'on veut assurer la mise en œuvre effective du droit à l'IVG de préserver une offre de soins diversifiée. Comme l'indiquait déjà le professeur Nisand dans son rapport de 1999 « **il semble normal que les centres qui réalisent les Ivg aient recours à l'ensemble des techniques chirurgicales et médicales et à l'ensemble des techniques anesthésiques**, et que leurs indications respectives soient pesées avec les patientes dans le cadre du consentement éclairé, comme c'est le cas pour tous les autres actes médicaux.

#### **4. RECOMMANDATIONS POUR ASSURER LE BON FONCTIONNEMENT ACTUEL ET FUTUR DU SERVICE PUBLIC D'IVG**

Seule une volonté politique forte peut permettre d'assurer, de manière continue, la réalité de la prise en charge de l'IVG et sa qualité.

En effet, même si la légitimité de l'activité d'IVG en tant que telle est aujourd'hui peu contestée, il reste encore des réticences à surmonter, et surtout le risque majeur est celui de l'indifférence, qui entraînerait une dégradation de la prise en charge. C'est pourquoi la position des ministres en charge est primordiale pour conforter cette activité de service public, et pour qu'elle ne devienne pas la variable d'ajustement des restructurations sanitaires ou des arbitrages budgétaires dans le système de santé.

Sur ce thème qui concerne les couples, mais en premier lieu les femmes, les priorités ministérielles relatives aux droits des femmes sont plutôt orientées vers les questions d'égalité professionnelle. Les questions relatives aux « droits propres des femmes » relèvent désormais davantage de la compétence du ministère de la santé. La mission a néanmoins vu, sur le terrain, la nécessité d'une implication plus grande des déléguées régionales et départementales aux droits des femmes sur ces thématiques, comme c'est le cas outremer, où la maîtrise de la fécondité est plus clairement perçue comme un enjeu au regard de l'égalité professionnelle.

En outre, la volonté des collectivités locales d'investir et développer leurs compétences qui leur ont été transférées notamment au niveau départemental en matière de planification familiale et d'éducation à la sexualité, reste inégale. Le niveau d'implication collective dans ce domaine qui relève de la prévention primaire a bien entendu des répercussions fortes en aval sur la demande d'avortement.

Au regard de l'objectif qui consiste à faire de l'activité d'IVG une activité médicale comme les autres, « normale », et à l'intégrer comme une composante à part entière de l'offre de soins, le maintien de procédures et structures spécifiques, à travers par exemple la réactivation d'un groupe au niveau national, comme celui qui avait été mis en place après l'adoption de la loi du 4 juillet 2001 pour en assurer le suivi, ne se justifie plus. Mais une vigilance doit être maintenue au sein des

---

<sup>82</sup> Communication présentée aux 16èmes journées nationales de l'ANCIC par l'équipe de soins du CIVG de l'hôpital Laënnec de Creil (28 novembre 2005)

structures et procédures de droit commun pour que cette activité ne soit pas marginalisée en passant derrière d'autres activités médicales qui seraient jugées plus « porteuses ». C'est le rôle des administrations centrales et déconcentrées de l'ensemble des ministères concernés (santé, affaires sociales, éducation nationale et agriculture, droits des femmes) de s'assurer que la prise en charge des femmes qui demandent une IVG s'effectue dans de bonnes conditions conformément à l'objectif fixé dans la loi de santé publique du 9 août 2004, sur le plan quantitatif et qualitatif : il est donc indispensable qu'elles continuent à suivre de près l'application des textes.

#### ***4.1. Améliorer la connaissance et l'exploitation des différentes données relatives à l'IVG***

Le dispositif statistique actuel se caractérise par sa lourdeur et n'exclut pas les redondances sans pour autant éclairer suffisamment tous les aspects qui devraient l'être. La question qui se pose, déjà soulevée en 2002 dans le rapport du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001, est celle du maintien d'une procédure annuelle de recueil exhaustif, fondée sur la déclaration obligatoire, à partir de la collecte et saisie annuelle des bulletins individuels, procédure que le groupe avait alors qualifiée d'« inadaptée ».

##### Plusieurs arguments iraient dans le sens d'une suppression de cette procédure :

- l'effacement progressif des préoccupations qui avaient en 1975 conduit à la mise à place de cette procédure
- la volonté de normaliser la place de l'IVG dans le système de santé, alors que la déclaration obligatoire tend plutôt à lui conserver une place à part, voire à la stigmatiser,
- la lourdeur matérielle d'une telle procédure, son coût, et les contraintes administratives qui en découlent pour toutes les parties prenantes, notamment pour les médecins, les services hospitaliers et l'administration de la santé,
- les imperfections des données qui en sont issues, lesquelles notamment ne répondent pas à l'exhaustivité recherchée,
- la nécessité de mener parallèlement des enquêtes spécifiques pour disposer d'informations qui ne sont pas fournies par les bulletins.

Mais une telle mesure qui suppose un passage par le Parlement pour modifier la loi ne saurait être proposée sans que les conséquences en soient soigneusement examinées et le rapport coût/bénéfice évalué. Il conviendrait à tout le moins de garantir un système alternatif de production des informations issues des bulletins par

- une amélioration de la qualité des informations fournies par la SAE.

Comme le souligne la délégation au droits des femmes de l'Assemblée nationale<sup>83</sup>, la fourniture par les établissements des données relatives aux délais de prise en charge, aux IVG effectuées pendant les deux dernières semaines du délai légal, ainsi qu'aux demandes non satisfaites revêt actuellement un caractère trop aléatoire.

- la systématisation d'enquêtes régulières sur échantillon

Il faudrait comparer le rapport avantages/inconvénients de telles enquêtes par rapport au système de collecte obligatoire, et apprécier la qualité des informations qui peuvent être attendues de l'un et l'autre système. Si la solution des enquêtes devait être préférée, il serait indispensable d'en assurer une périodicité obligatoire afin de se prémunir contre les aléas d'un système d'information reposant sur des décisions ad hoc des responsables politiques.

---

<sup>83</sup> Rapport d'information précité (2008)

- l'organisation d'un accès aux données produites par le nouveau système d'information pour l'INED et l'INSERM, qui assurent actuellement l'exploitation des bulletins individuels.

**Recommandation n°1 : Réexaminer l'architecture du dispositif d'information statistique sur l'IVG.**

**4.1.1. Piloter la synthèse des données et revoir si nécessaire les indicateurs de suivi**

Compte tenu des nombreuses enquêtes, études et publications en cours sur la question des IVG (notamment outre le présent rapport, les inspections des DRASS et l'enquête de la DREES), une foule de données vont être disponibles, dont il est nécessaire d'organiser la confrontation, d'effectuer la synthèse et de tirer les enseignements en terme de politique publique. L'exercice devrait être coordonné avec la révision éventuelle des indicateurs qui ont été retenus dans le cadre de l'objectif 97 annexé à la loi de santé publique du 9 août 2004, dont l'évaluation a été confiée au Haut comité de santé publique. Il lui appartient à ce titre d'engager un travail d'actualisation et d'adaptation des indicateurs.

**Recommandation n°2 : Organiser au niveau central la synthèse et la confrontation des données issues des récents travaux d'enquête et d'études sur la prise en charge des IVG.**

**4.1.2. Éclairer les zones d'ombre**

Certaines informations ne sont pas fournies par le dispositif actuel, qui s'avèrent pourtant indispensables pour orienter les politiques de prévention et de soin. Il faudrait notamment disposer de données quantitatives et qualitatives sur :

- les IVG réalisées par des mineures sans autorisation parentale,
- les IVG « réitérées » (en s'abstenant d'utiliser le qualificatif stigmatisant de « récidue »), phénomène actuellement mal connu et qui prête à toutes sortes de conjectures sans doute excessives,
- sur le nombre des médecins qui pratiquent l'IVG, et qui la pratiquent dans le délai de 12/14 semaines,
- sur la répartition des actes entre les différents métiers des professionnels impliqués dans les procédures d'IVG (médecins, infirmières, sages femmes ...)
- sur le recours à la clause de conscience. Le phénomène est mal connu, d'autant que la pratique, qui n'est pas régie par des procédures formelles est parfois ambiguë et à géométrie variable. Il serait indispensable d'avoir au moins une idée du nombre de médecins qui invoquent la clause de conscience en général et/ou pour des actes particuliers (Ivg à 12/14 semaines, mineures sans consentement parental, « récidivistes »,...).

**Recommandation n°3 : Compléter le dispositif d'information pour disposer de l'ensemble des données nécessaires au suivi et à l'orientation de la prise en charge de l'IVG.**

**4.1.3. Tester périodiquement la capacité de réponse du dispositif**

Les déclarations des établissements ne fournissent qu'un aperçu partiel et souvent éloigné des réalités concrètes : ainsi les données relatives aux délais de prise en charge sont-elles la plupart du temps renseignées par les services administratifs des établissements de santé et non par les personnels des centres d'IVG, pourtant plus à même de les apprécier. Une autre source d'information émane des plaintes et des retours auprès des associations, qui illustrent les dysfonctionnements du dispositif mais ne peuvent, en raison de leur biais négatif, être considérés comme un reflet de la situation d'ensemble. Dans ces conditions des enquêtes utilisant les méthodes du « testing » pourraient être utilisées pour apprécier « en situation » la capacité de

réponse du dispositif, à l'exemple de l'enquête téléphonique précitée sur la prise en charge des IVG de 12 à 14 semaines en Ile de France en 2009<sup>84</sup>.

**Recommandation n°4 : Utiliser la méthode du « testing » pour apprécier les capacités de réponses opérationnelles du dispositif de prise en charge de l'IVG.**

#### **4.1.4. Recueillir l'avis des patientes destinataires de cette politique publique**

L'enquête 2007 de la DREES sur le parcours des femmes viendra compléter les différentes données disponibles sur ce sujet. Elle se fonde sur l'interrogation croisée des structures et des professionnels réalisant des IVG ainsi que des femmes elles-mêmes, questionnées le jour de l'intervention sur leurs caractéristiques, les circonstances de survenue de la grossesse et leur parcours jusqu'à l'intervention. En revanche il n'a pas été possible de les interroger a posteriori sur la façon dont elles avaient vécu cette intervention. Il serait nécessaire de prévoir à l'avenir une enquête de satisfaction des bénéficiaires, à l'exemple de celle réalisée par la DREES auprès des usagères de maternités<sup>85</sup>. S'il est sans doute plus difficile d'interroger des patientes après un avortement qu'après un accouchement, ces difficultés ne sont pas insurmontables, puisque certains services comme la DRASS du Limousin ont réussi à mener de telles enquêtes.

**Recommandation n°5 : Etudier la faisabilité et les modalités d'une enquête de satisfaction auprès des femmes ayant réalisé une IVG.**

#### **4.1.5. Effectuer des études d'administration comparée**

Les données internationales ne permettent pas d'effectuer les comparaisons qui seraient utiles. C'est pourquoi il faudrait compléter le présent rapport de l'IGAS par des études spécifiques d'administration comparée concernant les politiques de prise en charge de l'IVG dans d'autres pays, comme les méthodes utilisées.

**Recommandation n°6 : Prévoir de compléter les enquêtes nationales par des études d'administration comparée.**

### **4.2. Intégrer l'IVG comme une composante à part entière de l'offre de soins**

#### **4.2.1. Dans la programmation des plans de santé publique**

Quelles que soient les formes retenues, à partir de la loi HPST, pour les futures instances de programmations de santé publique au niveau régional, l'activité d'IVG ne conservera sa légitimité comme activité de santé à part entière que si elle est spécifiquement prévue dans les politiques nationales de santé.

Les agences régionales de santé (ARS) auront à décliner les politiques nationales de santé au niveau régional, et seront d'autant plus incitées à inscrire l'activité d'IVG dans le plan stratégique régional de santé qu'elle figurera au plan national. Leur rôle majeur dans le pilotage du schéma régional d'organisation des soins, qui comprendra désormais la médecine libérale, devrait permettre d'avoir une vue d'ensemble de la prise en charge de l'IVG, y compris par la médecine de ville, les CEPF et les centres de santé.

<sup>84</sup> R. JEGOUDEZ MOULLIER, 2009, op cité

<sup>85</sup> Etudes et résultats n° 660, op. cité

**Recommandation n°7 :** Inscrire l'activité d'IVG dans les éléments d'appréciation de la conférence régionale de santé en charge de participer par ses avis à la définition des objectifs et actions de l'ARS.

**Recommandation n°8 :** Prévoir dans les SROS un volet relatif à la prise en charge de l'IVG dans les différentes structures de l'offre de soin, y compris la médecine libérale, les CPEF et centres de santé.

**Recommandation n°9 :** Préserver, pour cette activité de santé qui ne connaît que très peu de problème de sécurité sanitaire, une pratique dans des établissements de santé de proximité, qui n'oblige pas les patientes à des déplacements mal commodes et onéreux.

#### 4.2.2. Dans les relations contractuelles

Dans cette perspective les services déconcentrés devront prévoir d'inscrire l'activité d'IVG, une fois définie dans la programmation de santé publique, comme une activité médicale à part entière dans les documents de contractualisation de l'Agence régionale de santé.

Pour cela, dans le cadre des pouvoirs qui seront attribués au conseil national de surveillance, chargé de piloter les ARS et d'évaluer périodiquement les résultats de leur action, il sera nécessaire d'inclure au lieu de la passer, comme trop souvent, sous silence, l'activité d'IVG dans la formalisation des relations contractuelles avec les futures agences régionales, avec des objectifs quantitatifs et qualitatifs sur lesquels les directeurs d'agence auront à rendre compte, pour la totalité de la prise en charge, y compris pour les délais de 12 à 14 semaines. Comme pour les autres activités médicales, sur la base d'objectifs précis et de quelques indicateurs de résultat, l'accès à l'IVG dans le secteur public devra être précisé dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens de l'agence.

Dans cette perspective la mission s'est essayée à faire, à partir des bonnes pratiques rencontrées sur le terrain, une liste indicative des éléments qui mériteraient de figurer dans les engagements contractuels :

#### Des objectifs pertinents

- réduction des grossesses non désirées au niveau de la région
- couverture géographique de cette mission de service public, en maintenant un accès de proximité
- équilibre géographique permettant d'assurer l'intégralité de l'activité, y compris pour les mineures sans autorisation parentale
- prise en charge des IVG dans les délais de 12/14 semaines en fonction de critères de répartition géographique raisonnables
- réalité du partenariat entre la planification familiale et l'activité d'IVG et clarification des financements

**Recommandation n°10 :** Inscrire l'activité d'IVG comme une activité de santé à part entière dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signé entre les ARS et le conseil national de surveillance, avec des objectifs quantitatifs et qualitatifs.

Entre les établissements de santé et l'ARS

Comme cela se pratique déjà dans un certain nombre de régions entre les actuelles DRASS et les établissements de santé, la conclusion du contrat d'objectif et de moyens (CPOM) constitue une opportunité pour inscrire l'activité d'IVG dans les engagements de l'établissement.

**Recommandation n°11 : Inscrire l'activité d'IVG comme une activité de santé à part entière dans les contrats d'objectifs et de moyens signé entre l'ARS et les établissements de santé.**

Au sein des établissements de santé

L'inscription de l'activité d'IVG dans les projets d'établissement ou projet de pôle a des incidences évidentes sur la façon dont cette activité est traitée. Elle doit permettre d'éviter d'en faire une variable d'ajustement des restructurations internes de s'assurer de la bonne des moyens financiers et humains qui lui sont destinés La mission insiste particulièrement sur l'affectation d'échographes dédiés à l'activité d'IVG.

**Recommandation n°12 : Intégrer l'activité d'IVG dans les projets d'établissement et de pôle.**

### Des indicateurs pertinents

- délais d'attente
- qualité de l'accueil et des locaux, ligne téléphonique dédiée, personnel administratif formé<sup>86</sup>,
- personnel dédié
- activité de planification familiale
- préservation de l'anonymat, formalités d'admission prévues de préférence dans l'unité d'IVG
- prise en charge adaptée des mineures (gratuité pour les mineures sans autorisation parentale, organisation de l'entretien obligatoire ...
- articulation avec les autres services (bloc, hôpital de jour...centre de planification familiale).
- signalisation, livret d'accueil, site internet
- prise en charge des IVG dans le délai de 12/14 semaines
- insertion dans un réseau ville-hôpital

Dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) : la prise en compte de l'IVG dans le fonctionnement des CHU peut être une opportunité pour développer, dans le cadre de cette activité de santé, des initiatives permettant d'en mieux cerner les contours et de développer la formation permanente.

#### 4.2.3. Dans l'organisation des établissements de santé

L'insertion de l'activité d'IVG dans l'organisation de l'établissement hospitalier soulève parfois des réticences ou des rejets. Ce n'est pas tant la structuration de l'offre dans l'établissement qui compte, c'est surtout la considération qui est portée à tous les niveaux à l'activité et aux professionnels qui la pratiquent. La loi du 4 juillet 2001 et les textes pris pour son application ont défini une orientation destinée à mettre fin à l'existence des centres d'IVG autonomes. Ces derniers, produits de l'histoire et constituant pendant longtemps le moyen de pratiquer les IVG dans un environnement au mieux indifférent, au pire hostile, ont désormais vocation à s'inscrire dans une organisation plus globale, par rattachement à un pôle. Cette tendance est plus difficile à

<sup>86</sup> En Alsace, sur préconisation de l'observatoire de l'IVG, une formation de l'ensemble des secrétariats ayant à accueillir des femmes en demande d'IVG a été ainsi organisé, pour les sensibiliser aux modalités de l'accueil

mettre en œuvre quand le service de rattachement de l'unité fonctionnelle reste peu coopératif dans la prise en charge de l'IVG.

La mission estime qu'il est difficile d'imposer des règles en la matière, tant les situations, le poids de l'histoire, les positionnements personnels et philosophiques divergent : pour mieux prendre en compte ces difficultés, qui sont réelles, elle préconise les orientations suivantes :

**Recommandation n°13 : Adopter une stratégie souple dans les choix d'organisation de l'activité d'IVG au sein des établissements.**

Deux modalités d'organisation restent possibles :

- La création d'une unité fonctionnelle. Elle permet aux professionnels d'avoir une activité diversifiée. C'est la situation que la mission a, de manière générale, rencontrée. Même s'ils sont personnellement opposés à l'IVG, et sauf exceptions, les chefs de service ont généralement et au moins de manière officielle, organisé l'activité d'IVG. La difficulté désormais tient au manque de disponibilité des personnels soignants, ou parfois à une certaine mauvaise volonté au quotidien, pour assurer l'activité,
- Le maintien de l'autonomie du centre d'IVG. Il ne se justifie que si les conditions d'une intégration satisfaisante dans le droit commun hospitalier ne sont pas réunies, l'objectif étant de ne pas dégrader ou rendre impossible l'activité d'IVG.

Dans tous les cas, il faut tenir compte des spécificités locales : le rattachement de l'unité fonctionnelle à un pôle de gynécologie-obstétrique ne doit pas être la règle absolue, d'autres solutions pouvant être trouvées localement en fonction du contexte, comme le rattachement à un pôle de chirurgie par exemple.

**Recommandation n°14 : S'assurer dans les modalités d'organisation que l'activité se déroule dans de bonnes conditions, permettant notamment de préserver l'anonymat, de renforcer la discrétion, et d'être attentif à la « bientraitance » des femmes tout au long de leur parcours.**

#### **4.3. Garantir l'accès à toutes les techniques d'IVG**

Parmi les trois techniques utilisables pour la réalisation d'une IVG, (IVG médicamenteuse, IVG chirurgicale avec anesthésie locale ou générale), rien ne permet de conclure à la supériorité technique de l'une ou l'autre. Du point de vue des femmes ce qui est considéré comme un inconvénient par certaines sera considéré comme un avantage par d'autres et les études effectuées sur le sujet s'accordent sur le fait qu'une méthode choisie par la patiente, quelle qu'elle soit, sera mieux supportée. Les recommandations de la HAS vont dans ce sens, dont la mise en œuvre passe par la délivrance aux femmes d'une information approfondie, laquelle ne doit pas être biaisée par la préférence des équipes ou le choix organisationnel des établissements.

**Recommandation n°15 : S'assurer de l'objectivité de l'information délivrée pour permettre aux femmes d'exercer un choix réel quant à la méthode.**

D'ores et déjà tous les établissements n'offrent pas l'éventail complet des techniques. Le développement de la méthode médicamenteuse s'accompagne d'une tendance à la marginalisation de la technique d'IVG par aspiration sous anesthésie locale que seul un nombre restreint d'équipes pratiquent, faute de formation adéquate. La disparition de cette technique n'offrirait plus comme alternative à l'IVG médicamenteuse que l'IVG chirurgicale sous anesthésie générale.

Le maintien des différentes techniques dans les structures pratiquant l'IVG est une nécessité tant du point de vue médical que de la « bientraitance » des femmes. Il faut souligner dans cette perspective qu'une préférence exprimée a priori pour la technique médicamenteuse peut

être modifiée lorsque le déroulement de l'intervention est douloureux ou mal vécu. C'est ainsi que dans les centres visités par la mission en Belgique le déclenchement d'une IVG médicamenteuse est conditionnée par la présence concomitante d'une autre équipe, apte à réaliser une aspiration à tout moment si le processus médicamenteux est mal supporté<sup>87</sup>. Cette condition, qui figure dans le règlement régissant le fonctionnement des centres, peut être considérée comme une bonne pratique laquelle a, selon les interlocuteurs rencontrés sur place, apporté un vrai soulagement pour les patientes et les personnels qui les accompagnent.

**Recommandation n°16 :** Assurer dans les établissements la possibilité de recourir à tout moment aux différentes techniques d'IVG, y compris l'IVG par aspiration dans les cas où le processus médicamenteux est mal supporté par une patiente.

La pratique de l'IVG médicamenteuse ne constitue pas la solution miracle en réponse aux difficultés de prise en charge des IVG. **La mission souhaite appeler l'attention des pouvoirs publics sur le risque qui constituerait à s'engager résolument vers un recours de plus en plus systématique à l'IVG médicamenteuse, au sein des établissements comme en ville.** Les avantages de cette méthode en ont été soulignés : un temps médical moindre, pas de recours au bloc opératoire, pas d'engagement des médecins anesthésistes, un coût moindre que pour l'IVG chirurgicale. Les inconvénients, notamment pour celles qui y ont recours, sont variables, mais réels, surtout lorsqu'elles n'ont pas eu le choix de la méthode (douleurs, interventions dont la durée s'étale sur trois jours, cinq consultations quand l'IVG médicamenteuse a lieu en ville, incertitude sur le résultat et nécessité d'un contrôle à plusieurs semaines..)

L'IVG médicamenteuse, que certains établissements pratiquent au-delà du délai prévu dans les recommandations de l'ANAES, allant jusqu'à 14 semaines, reste donc une technique à manier à bon escient et sous réserve de dégager les moyens nécessaires à sa mise en œuvre dans de bonnes conditions. Celles-ci mériteraient d'être précisées, notamment pour ce qui concerne les moyens en personnels d'accompagnement et l'aménagement des locaux nécessaires au sein des établissements. Il apparaît dans cette perspective nécessaire de

**Recommandation n°17 :** Rédiger un cahier des charges précisant les conditions minimum (notamment moyens en personnel et aménagements matériels) de mise en œuvre de l'IVG médicamenteuse en établissement.

Le risque serait que l'IVG médicamenteuse ne devienne la seule technique de l'IVG dans le futur, éventuellement complétée de façon marginale par l'IVG chirurgicale sous anesthésie générale. Ce risque est d'autant plus réel que d'une part la technique médicamenteuse peut apparaître comme une solution économique et de facilité et que d'autre part, le corps professionnel pratiquant de moins en moins la technique de l'IVG chirurgicale, pourrait perdre progressivement la compétence nécessaire.

Il faut rappeler que l'IVG chirurgicale par aspiration avec anesthésie locale, qui est beaucoup plus pratiquée dans des pays voisins, allège également les contraintes de bloc opératoire, évite les risques de complications liés à l'anesthésie générale, permet une intervention rapide et se révèle moins traumatisante pour une partie des femmes que l'IVG médicamenteuse. Ces avantages justifient une politique de maintien voire de développement de cette technique.

**Recommandation n°18 :** Maintenir et promouvoir l'IVG par aspiration sous anesthésie locale, en veillant notamment à la formation des soignants à cette technique.

Ce n'est que dans ces conditions que la technique médicamenteuse pourra trouver sa juste place et être pratiquée à bon escient.

---

<sup>87</sup> Voir note en annexe sur « les petites maisons ou la pratique de l'IVG en Belgique francophone »

Il faut rappeler que la HAS a été saisie à plusieurs reprises des questions relatives à la pratique et à l'organisation de l'activité d'IVG mais ses recommandations sont inégalement appliquées, des questions demeurent non réglées ou nécessiteraient d'être précisées en s'appuyant sur les bonnes pratiques, notamment pour ce qui concerne la prise en charge de la douleur, l'échographie, l'organisation des visites de contrôle et de façon générale les pratiques favorisant la bientraitance des femmes. Il serait utile que cette institution puisse être saisie des questions de mise en œuvre de ses recommandations, en y associant les usagers.

Par ailleurs le cadre qui régit actuellement l'IVG médicamenteuse n'est pas exempt de contradictions internes qui ont été relevées plus haut. Celles-ci engendrent pour les professionnels des incertitudes qui ne sauraient perdurer sans inconvénients. On peut notamment citer les problèmes de l'administration des médicaments, en présence du médecin ou au domicile de la patiente. Dans la mesure où il est difficile de régler de façon détaillée et uniforme des processus complexes qui doivent pouvoir s'adapter à une grande variété de cas et de patientes, il apparaît légitime de laisser une marge d'appréciation aux praticiens en privilégiant la voie déjà ouverte par le code de la santé publique du renvoi aux recommandations professionnelles (article R 2212-11) sous réserve que celles-ci soient actualisées, complétées et fassent l'objet d'un suivi par la HAS.

**Recommandation n°19 : Régler les contradictions internes au dispositif régissant les pratiques médicales en matière d'IVG en privilégiant le renvoi aux recommandations professionnelles par rapport à la réglementation.**

**Recommandation n°20 : Saisir la HAS pour qu'elle effectue une analyse du suivi des conditions de mise en œuvre de ses recommandations en vue de procéder à leur actualisation.**

**Recommandation n°21 : Se donner les moyens de mieux développer l'IVG médicamenteuse en ville :**

- favoriser (services déconcentrés) l'inscription dans un réseau ville hôpital et en prévoir le financement,
- profiter de la renégociation indispensable des conventions entre les établissements de santé et les départements pour organiser l'activité d'IVG médicamenteuse dans les CPEF ,

#### ***4.4. Revaloriser l'activité d'IVG sur le plan financier et professionnel***

##### **4.4.1. Améliorer le financement de l'activité d'IVG**

La sous-valorisation financière de l'activité d'IVG, surtout pour l'IVG chirurgicale qui demeure déficitaire malgré les récents relèvements du forfait intervenus en 2008 et 2009, est un facteur évident de fragilité dans un contexte où les contraintes de rentabilité pèsent fortement sur les établissements hospitaliers. Il est donc nécessaire de poursuivre l'effort de revalorisation engagé afin que cette activité bénéficie d'un financement à hauteur des coûts.

Pour l'IVG chirurgicale le tarif de référence devrait être à un niveau comparable à celui d'un acte techniquement similaire comme la prise en charge de la fausse couche spontanée (FCS). Pour l'IVG médicamenteuse, il conviendrait de développer des études de coûts sur site en se basant sur un cahier des charges (cf plus haut) définissant notamment les modalités d'accompagnement d'un acte à haut contenu d'emploi

**Recommandation n°22 : Poursuivre l'effort de revalorisation engagé pour amener le forfait IVG à un niveau permettant d'en couvrir les coûts .**

Par ailleurs, afin d'éviter à l'avenir le risque d'un nouveau décrochement du niveau du forfait, le mode de tarification de l'IVG devrait être revu pour l'asseoir, à l'instar des autres activités médicales, sur un calcul des coûts. Le suivi et l'évaluation des conséquences de cette intégration de l'IVG dans le droit commun de la tarification hospitalière devraient être organisés en prévoyant de l'inscrire dans le rapport que le gouvernement doit présenter annuellement au Gouvernement sur l'application de la tarification à l'activité.

**Recommandation n°23 : Inscrire l'activité d'IVG dans le droit commun de la tarification hospitalière fondée sur les coûts.**

Enfin une attention particulière doit être portée à la question du reste à charge pour les femmes qui réalisent une IVG, tant pour ce qui concerne la couverture du ticket modérateur que le problème des dépassements d'honoraires que le système de forfait n'a pas su empêcher.

**Recommandation n°24 : Redéfinir les conditions dans lesquelles est mis en œuvre le reste à charge en préservant l'anonymat, pour les femmes qui le souhaitent, dans le paiement du ticket modérateur, et le recours à l'aide médicale d'Etat pour sa prise en charge.**

**Recommandation n°25 : Afin de pallier les dépassements d'honoraires, revoir la liste des consultations et des actes couverts et étendre dans le périmètre pris en compte l'ensemble des actes indispensables à la réalisation de l'IVG, dont l'échographie de contrôle.**

**4.4.2. Revaloriser la place de l'activité et plus largement de l'orthogénie dans la formation et la carrière des professionnels.**

Les différents exemples relevés sur le terrain par la mission montrent qu'entre les départs à la retraite prévisibles d'une génération de médecins militants très engagés dans le maintien de cette activité et le refus d'un certain nombre de médecins de pratiquer cette activité médicale pour des raisons diverses, qui ne tiennent toujours à la clause de conscience, la situation devient ou risque de devenir critique dans un certain nombre de régions

Il importe de sensibiliser les futurs praticiens, qui n'ont pas connu la période d'avant 1975, au contenu humain de cette activité envisagée non comme un acte technique isolé mais comme composante d'une discipline plus vaste, l'orthogénie qui concerne l'ensemble des femmes et des couples. Celle-ci devrait voir sa place revalorisée dans la carrière des professionnels.

Enfin, il est indispensable d'assurer une formation aux techniques d'IVG dans le cadre des études médicales : le stage dans un CIVG, en établissement hospitalier ou centre de santé devrait constituer un passage obligé pour les internes de spécialité et de médecine générale. La formation aux différentes techniques d'IVG devrait également être intégrée dans la formation continue des équipes en place. L'évolution de la pratique montre qu'à côté des médecins, d'autres professionnels de santé dont le niveau de formation s'est considérablement accru peuvent être amenés à intervenir dans l'activité d'IVG. La décision du Conseil Constitutionnel concernant l'expérimentation prévue pour les sages-femmes ne la rend pas possible dans l'attente d'une éventuelle nouvelle disposition législative qui dans nombre de cas mettrait le droit en conformité avec les pratiques constatées

**Recommandation n°26 : Intégrer à sa juste place, dans la carrière des professionnels, l'activité d'IVG et de l'orthogénie :**

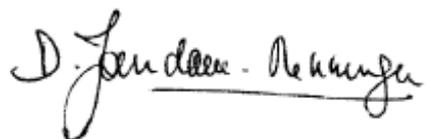
- reconnaître une activité qui intègre la pratique de l'IVG dans le contexte plus vaste d'une activité d'orthogénie s'inscrivant comme une étape de carrière au même titre que d'autres activités: maternité, assistance médicale à la procréation, gynécologie,...
- assurer un traitement égal entre professionnels du même pôle en termes de progression de carrière comme de rémunération,
- préciser les modalités préalables de recrutement de tout nouveau PH contractuel ou utiliser les possibilités données par la nouvelle loi PHST dans le recrutement des nouveaux praticiens,

**Recommandation n°27 : Intégrer dans la formation initiale et les stages pour les professionnels en formation (internes, médecins généralistes, sages femmes, infirmières) un passage dans un centre d'IVG accompagné par le tuteur de stage pour les interventions.**

**Recommandation n°28 : Encourager la mise en place de diplômes universitaires (DU) intégrant les différents personnels de santé impliqués dans l'activité d'IVG et d'orthogénie.**



Claire AUBIN



Danièle JOURDAIN-MENNINGER



## Principales recommandations de la mission

N°	Recommandation
1	Réexaminer l'architecture du dispositif d'information statistique sur l'IVG.
2	Organiser au niveau central la synthèse et la confrontation des données issues des récents travaux d'enquête et d'études sur la prise en charge des IVG.
3	Compléter le dispositif d'information pour disposer de l'ensemble des données nécessaires au suivi et à l'orientation de la prise en charge de l'IVG.
4	Utiliser la méthode du « testing » pour apprécier les capacités de réponses opérationnelles du dispositif de prise en charge de l'IVG.
5	Etudier la faisabilité et les modalités d'une enquête de satisfaction auprès des femmes ayant réalisé une IVG.
6	Prévoir de compléter les enquêtes nationales par des études d'administration comparée.
7	Inscrire l'activité d'IVG dans les éléments d'appréciation de la conférence régionale de santé en charge de participer par ses avis à la définition des objectifs et actions de l'ARS.
8	Prévoir dans les SROS un volet relatif à la prise en charge de l'IVG dans les différentes structures de l'offre de soin, y compris la médecine libérale, les CPEF et centres de santé.
9	Préserver, pour cette activité de santé qui ne connaît que très peu de problème de sécurité sanitaire, une pratique dans des établissements de santé de proximité, qui n'oblige pas les patientes à des déplacements mal commodes et onéreux.
10	Inscrire l'activité d'IVG comme une activité de santé à part entière dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signé entre les ARS et le conseil national de surveillance, avec des objectifs quantitatifs et qualitatifs.
11	Inscrire l'activité d'IVG comme une activité de santé à part entière dans les contrats d'objectifs et de moyens signé entre l'ARS et les établissements de santé.
12	Intégrer l'activité d'IVG dans les projets d'établissement et de pôle.
13	Adopter une stratégie souple dans les choix d'organisation de l'activité d'IVG au sein des établissements.
14	S'assurer dans les modalités d'organisation que l'activité se déroule dans de bonnes conditions, permettant notamment de préserver l'anonymat, de renforcer la discrétion, et d'être attentif à la « bienveillance » des femmes tout au long de leur parcours.
15	S'assurer de l'objectivité de l'information délivrée pour permettre aux femmes d'exercer un choix réel quant à la méthode.
16	Assurer dans les établissements la possibilité de recourir à tout moment aux différentes techniques d'IVG, y compris l'IVG par aspiration dans les cas où le processus médicamenteux est mal supporté par une patiente.
17	Rédiger un cahier des charges précisant les conditions minimum (notamment moyens en personnel et aménagements matériels) de mise en

	œuvre de l'IVG médicamenteuse en établissement.
<b>18</b>	Maintenir et promouvoir l'IVG par aspiration sous anesthésie locale, en veillant notamment à la formation des soignants à cette technique.
<b>19</b>	Régler les contradictions internes au dispositif régissant les pratiques médicales en matière d'IVG en privilégiant le renvoi aux recommandations professionnelles par rapport à la réglementation.
<b>20</b>	Saisir la HAS pour qu'elle effectue une analyse du suivi des conditions de mise en œuvre de ses recommandations en vue de procéder à leur actualisation.
<b>21</b>	Se donner les moyens de mieux développer l'IVG médicamenteuse en ville.
<b>22</b>	Poursuivre l'effort de revalorisation engagé pour amener le forfait IVG à un niveau permettant d'en couvrir les coûts.
<b>23</b>	Inscrire l'activité d'IVG dans le droit commun de la tarification hospitalière fondée sur les coûts.
<b>24</b>	Redéfinir les conditions dans lesquelles est mis en œuvre le reste à charge en préservant l'anonymat, pour les femmes qui le souhaitent, dans le paiement du ticket modérateur, et le recours à l'aide médicale d'Etat pour sa prise en charge.
<b>25</b>	Afin de pallier les dépassements d'honoraires, revoir la liste des consultations et des actes couverts et étendre dans le périmètre pris en compte l'ensemble des actes indispensables à la réalisation de l'IVG, dont l'échographie de contrôle.
<b>26</b>	Intégrer à sa juste place, dans la carrière des professionnels, l'activité d'IVG et de l'orthogénie.
<b>27</b>	Intégrer dans la formation initiale et les stages pour les professionnels en formation (internes, médecins généralistes, sages femmes, infirmières) un passage dans un centre d'IVG accompagné par le tuteur de stage pour les interventions.
<b>28</b>	Encourager la mise en place de diplômes universitaires (DU) intégrant les différents personnels de santé impliqués dans l'activité d'IVG et d'orthogénie.

## Liste des personnes rencontrées

### 1. CABINET

Mme E. ARONICA, conseillère technique  
Mme M. DAHAN, conseillère technique

### 2. ASSEMBLEE NATIONALE

Mme. B. POLETTI, Députée, présidente de la délégation aux droits des femmes

### 3. ADMINISTRATIONS, AGENCES, ORGANISMES DE RECHERCHE

#### • MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

##### Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Mme E. MENGUAL, ancienne Présidente du groupe national d'appui  
M. le Dr R CECCHI TENERINI, ancien Directeur médical de la mutuelle des étudiants  
M J.M. BOULANGER, ancien Secrétaire général de l'AP-HP

##### Direction générale de la santé (DGS)

M. D. HOUSSIN, Directeur  
M. P. AMBROISE, chef de bureau  
Mme B. BOISSEAU MERIAU  
Mme N.DAVID  
Mme G. GERNIGOU  
Mme N. MATET  
Mme A. PERILLAT  
Mme A. M. SERVANT

##### Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS)

M. J.C. DELNATTE  
Mme E.GALLOU  
Mme le Dr. A. LORDIER-BRAULT, sous-directeur par intérim  
Mme A.N. MACHU  
Mme C CATEAU, conseillère pédagogique  
M. S. MOUTON  
M D RENARD, chef de bureau  
Mme le Dr. RICHARD  
Mme M. THOREL

##### Direction de la sécurité sociale (DSS)

M. J-P. VINQUANT, sous directeur  
M. I.BUSSCHAERT, adjoint au sous-directeur  
Mme S. CASANOVA  
M. B.MARS,  
M. A. LASSERRE

**Direction générale de l'action sociale (DGAS)**

M. P. DIDIER-COURBIN, chef de service

**Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)**

Mme le Dr. J. DUBOIS

**Secrétariat d'Etat aux droits des femmes (SDFE)**

Mme J.VOISIN, chef de service

Mme BORSISERANE

**Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)**

M. J.B. HERBET, chef de bureau

Mme A.VILAIN

- **MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE**  
Mme N. NEULAT, chef de bureau à la DGESCO  
Mme F. NARBONI, adjointe au chef de bureau
- **MINISTERE DE LA RECHERCHE**  
M. le Pr. François COURAUD
- **MINISTERE DE L'AGRICULTURE**  
Mme C. PAILHAREY
- **MINISTERE DE LA JUSTICE**  
Mme le Dr. J. GROUSSET, direction de la protection judiciaire de la jeunesse  
Mme D. FORGEOT, infirmière-rédacteur
- **SECRETARIAT D'ETAT A L'OUTRE-MER**  
M R . SAMUEL, délégué général à l'outre-mer  
Mme M-L.DAUPHIN, chargée de mission
- **CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)**  
Mme A. DENECHERE, directrice de cabinet du directeur général  
Mme V. BELLOT  
Dr. D. MENA-DUPONT, médecin conseil  
Dr. D. LESSELLIER, médecin conseil  
Mme C. KETERI, responsable département prévention
- **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)**  
M. P. LAMOUREUX, directeur général  
Mme N. CIVATTE, directrice de la communication  
M. P. ARWIDSON, directeur des affaires scientifiques
- **Haute autorité de santé (HAS)**  
M. F. ROMANEIX, directeur général  
M. le Dr. P DOSQUET, adjoint au directeur de la qualité et de la sécurité des soins.
- **Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS )**  
Mme F. BARTOLI, adjointe au Directeur  
Mme Rey QUINIO

- **Comité économique des produits de santé (CEPS)**  
M. N. RENAUDIN, Président
- **Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)**  
Mme N. BAJOS, socio-démographe  
M. le Dr.A. SPIRA , Directeur du GIS-IRESP
- **Institut national d'études démographiques (INED)**  
Mme le Dr. C. MOREAU, INEDd U 569
- **Haut comité de santé publique (HCSP)**  
Mme Marie Hélène BOUVIER-COLLE, Inserm, unité 149
- **CEVIPOF**  
Janine MOSSUZ-LAVAU, directrice de recherche CNRS

#### 4. ASSOCIATIONS ET ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

- **MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL (MFPF)**  
Mme Françoise LAURANT, Présidente  
Mme Marie-Pierre MARTINET, secrétaire générale  
Mme Geneviève COURAUD, trésorière  
Mme Danielle GAUDRY, membre de la commission IVG/Contraception  
Mme Alice COLLET, conseillère conjugale et familiale
- **ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC )**  
Mme le Dr. Marie Laure BRIVAL, présidente
- **ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LA CONTRACEPTION (AFC)**  
Mme le Dr E. AUBENY, présidente  
Mme le Dr. F. TOURMEN, vice-présidente
- **LA MUTUELLE DES ETUDIANTS (LMDE)**  
Mr D. BERTHILLIER, président  
Mme T. BRETON, administratrice déléguée  
Mr le Dr N. LEBLANC, directeur général adjoint
- **RESEAU VILLE-HOPITAL (REVHO)**  
Mme le Dr. S. GAUDU, praticien hospitalier, Présidente
- **FEDERATION NATIONALE D'ACCUEIL ET DE READAPTATION SOCIALE (FNARS)**  
Mme Nicole MAESTRACCI, présidente
- **ASSOCIATION POUR LES TRAVAILLEURS MIGRANTS ET LEURS FAMILLES (ATPM )**  
Hassan AOURIK SOUSSI, Directeur adjoint
- **FEDERATION HOSPITALISATION DE FRANCE (FHF)**  
M Y. GAUBERT, adjoint au délégué général, responsable du pôle finances  
Mme M. DESCHAMPS, adjointe au pôle finances  
Mme A. BARRETEAU

- **Ordre des sages femmes**  
Mme M.J. KELLER , présidente  
Mme M. BENOIT TRUONG CANH, conseillère nationale
- **Collège national des sages femmes (CNSF)**  
Mme F. TEURNIER, Présidente
- **Collège national des généralistes enseignants (CNGE)**  
M. le Dr. V. RENARD, vice président, directeur CNGE formation  
Mme le Dr. I. AUBIN, secrétaire générale
- **Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)**  
M le Prof J. LANSAC, président
- **Syndicat national des infirmières scolaires**  
Mme M. ALMARIC, membre du bureau national

## 5. PROFESSIONNELS DE SANTE

- **Médecins**  
Mme le Dr. I. AUBIN, médecin généraliste (95)  
M. le Dr. J.Y. HERFROY, médecin généraliste (50)  
Mme le Dr. J. BRUNERIE, médecin gynécologue  
M le Pr. MARES, chef de service G.O au CHU de Nîmes  
M. le Dr Y. LE NOC, président de la société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG)  
M le Dr P.CESBRON, gynécologue-obstétricien, ancien président de l'ANCIC,
- **Pharmaciens**  
M J.LAMARCHE, président de « Croix verte et ruban rouge »
- **Laboratoire**  
HRA Pharma  
M. le Dr A. ULMANN, Président du conseil de surveillance  
Mme E. GAINER, Président du directoire  
Dr L. MASSART, Directeur général délégué

## 6. PERSONNES CONTACTEES OU RENCONTREES SUR SITES

- **MFPF**  
Mme M. LEROY, présidente de la fédération régionale  
Mme L. ROUSSEL coordinatrice Nantes

- **REGION PAYS DE LOIRE**

**DRASS des Pays de Loire**

M. le Dr. PARRA, directeur régional  
M. le Dr BLAISE, MISP  
Mme C. BRISSET, inspectrice  
Mme A. LE GALL  
Mme C. DE ALZUA , infirmière de santé publique  
Mme G. LEBOUTEUX, statisticienne

**DDASS Loire Atlantique**

M le Dr. J. BACHER, MISP

**Conseil général de Loire Atlantique (DGAS)**

Mme le Dr VERNET

Mme le Dr DUCROS

**Agence régionale d'hospitalisation (ARH)**

M. J-Y. GAGNER

**Centre hospitalier de Laval**

M. P. MARIN, directeur

Mme LEMOINE, directrice adjointe

M. le Dr. PARIS, pédiatre, chef du pôle « mère enfant »

Mme BOURBAN, cadre du pôle « mère enfant »

M. le Dr. VALIN, médecin généraliste, attaché au CIVG

M. le Dr. MORIN, médecin généraliste, attaché au CIVG

Mme BEAUMONT, conseillère conjugale

Mme MOREAU, secrétaire au CIVG

Mme PATY, sage-femme cadre du bloc obstétrical et de l'orthogénie

**CHU de Nantes**

Mme le Dr PANIZZA, médecin au CPEF/CIVG Simone Veil

Mme C. DUPUY COUPPAIN, cadre sage-femme

Mme F. ARAGOT, sage-femme

Mme M. GELABALE, directeur des soins

**Clinique Jules Verne (PSPH)**

M. le Dr. P. DAVID, responsable de la maison de la naissance

Mme le Dr R. MOULLIER

Mme Hubert, Directrice

Mme DEBARD, Directrice financière

Mme F BARDY, sage-femme

Mme B. BONIFACE, conseillère conjugale et familiale

Mme L. CUANY, conseillère conjugale et familiale

Mme C. GOUAUD, secrétaire médicale

**Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse**

M. M. DUBREIL, infirmier

**CPAM Saint Nazaire**

Mme C. Graziano, responsable du service éducation pour la santé

**Autres professionnels**

M. D. Le Vu , pharmacien d'officine,

- **REGION LIMOUSIN**

**DRASS du Limousin**

Mme F. DELAUX, directrice régionale

Mme le Dr. E. MILOR, MIGSP

M T. GUYONNET, pharmacien inspecteur

Mme V. LIVERTOUT, statisticienne

Mme P. VIALE , inspectrice

**DDASS de la Corrèze**

Mme le Dr. C. DIEDERICH, MISP

**Conseil général de la Corrèze**

Mme le Dr. CHASSAGNOL

**DDASS de la Creuse**

M. le Dr C. GILLES, MISP

**DDASS de la Haute Vienne**

M. le Dr. M. BOULLAUD, MISP

**ARH**

M. ROEHRICH, directeur

**Ordre régional des pharmaciens**

M.Y. TARNAUD, président

**CPAM Haute Vienne**

M. P. ORLIAC, directeur

M. B. GOURAUD, responsable service prévention

**MSA Limousin**

M. L. MARTIN, directeur général par intérim,

M le Dr AIMEDIEU, médecin conseil MSA

**Service droits des femmes**

Mme A.M. CHASTRE, chargée de mission départementale

**CHU de Limoges**

Mme M. SENGUELEN, directrice adjointe

Mme Le Dr. J. MOLLARD, responsable du CIVG

Mme F. VILLEFAYAUD, sage-femme cadre supérieur

Mme A.M. POURCHET, sage-femme cadre

Mme DUGUET, conseillère en économie sociale et familiale

**Clinique des Emailleurs**

M WASILEVSKI, directeur

M le Dr EYRAUD, gynécologue obstétricien

Mme WEHBE, sage-femme

**Centre Hospitalier de Tulle**

Mme E. DEBAISIEUX directrice adjoint

Mme le Dr. V. MEHADIER

Mme A. DUPRE secrétaire médicale

**Rectorat**

Mme C. GARCIA, infirmière, conseillère technique

**Lycée agricole de Naves**

M. C. SEGALER, Proviseur

M. M. FAOURI, Proviseur adjoint

Mme M. LEPOTTIER, Infirmière scolaire

**MFPH**

Mme G.VAST

- **REGION PARIS-ILE DE FRANCE**

**DRASSIF**

Mme le Dr. J. DEVORT, MISP

**DDASS de Seine-Saint-Denis**

Mme le Dr E. VANHECKE, MISP

**DDASS du Val d'Oise**

Mme le Dr. D. SERVAIS, MISP

Mme le Dr. S. MICHAUD, MISP

**Assistance publique/Hôpitaux de Paris**

Mme le Dr. CARICABURU, direction de la politique médicale

**Centre hospitalier Louis Mourrier, Colombes**

Mme le Dr D. BOUBILLEY, médecin généraliste, responsable du CCIVG

Mme le Dr B.FOUGEYROLLAS , médecin généraliste

Mme J LANOUE, infirmière,

Mme H. COEVOET, infirmière

Mme C. AILLET, infirmière

M. CATHELINÉAU, directeur des finances

**Centre hospitalier du Kremlin Bicêtre**

M. le Dr. Jean-Claude MAGNIER, responsable de l'unité de planification familiale

**Centre hospitalier Jean Verdier, Bondy**

M. le Dr BENCHIMOL, chef du pôle Mère enfant

Mme FERVÉL, sage femme

**Clinique des Lilas, Près Saint Gervais**

Mme le Dr M-L.BRIVAL, responsable du service

Mr le Dr SI-SALAH, médecin au centre d'orthogénie

Mme F. GOUALARD, sage-femme

Mme C PALLAIS, psychologue,

Mme C. MILAN, conseillère conjugale et familiale

Mme M. GRUNDMANN, secrétaire médicale,

Mme F. MOY, secrétaire médicale,

**Centre de santé des cygnes, Saint-Denis**

Mme le Dr J. GUILBAUD, chef de service

**Centre hospitalier, Pontoise**

M. le Dr. J-M. MURAY chef de service de gynécologie obstétrique,

M. A.RAZAFINDRANAVY, directeur de l'hôpital,

Mme S.MARTIN, secrétaire responsable des secrétaires du pôle Femme-enfant

Mme C. DELAFOSSE, sage-femme cadre, CS gynécologie-maternité, DPN, IVG

Mme A.LEFEBVRE, sage-femme cadre supérieur du pôle Femme-Enfant, coordonnatrice du réseau prénatal

Mme. H.ROUQUETTE , responsable des admissions, soins externes

**Clinique du Parisis, Corneilles en Parisis**

M. P. GARCIA, directeur

Mme A.BRANVILLE , sage-femme, surveillante de la maternité

M. le Dr. COULLOMB, gynécologue obstétricien

**Centre hospitalier de Corbeil**

Mme le Dr. GUERRE

**Clinique des Bluets**

Mme le Dr HATCHUEL, responsable du centre d'IVG  
Mme M. CHOSSON, conseillère conjugale et familiale

**Centre hospitalier Saint Vincent de Paul**

Mme le Dr. S.GAUDU, responsable de l'unité de planification familiale

**Institut mutualiste Montsouris, établissement PSPH**

M. J-J. MONTEIL, Directeur  
M. le Dr. COHEN, chef du service  
M. le Dr. VALENSI, médecin gynécologue

**MFPE**

Mme V. BOBLET, conseillère conjugale et familiale  
Mme C MELIS, conseillère conjugale et familiale  
Mme L. SUTTER, conseillère conjugale et familiale  
Mme P. MENQUETTE, conseillère conjugale et familiale  
Mme E. LANZ, conseillère conjugale et familiale  
Mme M. NAESSENS, conseillère conjugale et familiale  
Mme C. SARAFIS, animatrice

**« TETE A TETE » Conseil général de Seine-Saint-Denis »**

M. H. FILLIAUDEAU coordinateur  
Mme E. DORVILLIUS, adjointe

**Département de Paris**

Mme D. LEVY, Directrice adjointe du cabinet du Maire de Paris  
Mme le Dr. F. VEBER, conseillère technique au cabinet du Maire de Paris  
Mme LALEM, Conseillère de Paris responsable des droits des femmes

- **REGION ALSACE**

**DRASS**

Mme le Dr. MONTALVO, MIR  
M. Yves TSCHIRHART, PHIR

**Centre hospitalier Hautepierre, Strasbourg**

M. le Pr. I. NISAND , chef de service  
Mme V. ABOUCHE sage femme  
Mme F. MANSOUR, sage femme  
Mme M. KOMMER, , sage femme cadre  
Mme F. BARTHEL, infirmière  
Mme N. LUDWIG, sage femme cadre

**Centre hospitalier CMCO/SIHCUS**

M. le Dr. FAVRE, chef de service  
Mme le Dr. K. BETTAHAR, gynécologue obstétricienne  
M. Le Dr. MACHU, médecin généraliste  
Mme N. KNESOWICZ, sage femme  
Mme M. SRAMOS, infirmière

**Centre hospitalier Mulhouse**

Mme A. BOURGEOIS, infirmière  
 Mme M. COLIN, secrétaire médicale  
 Mme A. DEECKE, conseillère conjugale  
 Mme D. DITNER, psychologue  
 Mme M. GALLE, sage femme  
 Mme V. GUTH, assistante sociale  
 Mme le Dr. HESMIN ACHATZ, chef de service  
 Mme A-M, JACAMON, sage femme cadre  
 Mme E. MALASSINE , infirmière

**MFPF**

Mme M. REYMOND, présidente  
 Mme le Dr N. GREIB, médecin-animatrice  
 Mme le Dr M. HELWIG, médecin  
 Mme A. LAURENT, conseillère-animatrice  
 Mme F. MAYER, conseillère,  
 Mme M.F. JEGER, conseillère  
 Mme R. DUBOIS, gestionnaire  
 Mme I. BLOCHER , bénévole  
 Mme C. MIGNOT, stagiaire IDE

**Conseil Général du Haut Rhin, service de PMI**

Mme le Dr. WARYNSKI, chef du service de PMI  
 Mme le Dr. I. SCHUFFERCSKER, , médecin de PMI  
 M. O. HOLDER, responsable administratif et financier

- **REGION NORD- PAS DE CALAIS**

**Centre hospitalier de Roubaix**

M MAURY, directeur  
 M le Dr. LEFEBVRE, chef du service d'orthogénie  
 Mme GRAZIANO, directrice administrative, référente pour le pôle mère- enfant  
 Mme FOVEAU, infirmière

**DRASS**

Mme le Dr VERITE, médecin inspecteur régional adjoint

- **REGION PACA**

**DRASS**

Mme le Dr. M. BENSADOUN, MISP Région PACA

**Etablissements hospitaliers**

Mme le Pr. F. BRETELLE, Hôpital Nord et l'équipe du Pr. MATHEVET, Hospices civils de Lyon  
 M. Le Dr. R. SHOJAI, Hôpital Nord

**Centre hospitalier de Draguignan**

Mme Carole BRISION

- **REGION CORSE**

Mme le Dr. A. MACARRY – MISP, DRASS CORSE

- **REGION BOURGOGNE**

M. le Dr. D. VAILLANT, MISP, DDASS de la Nièvre

Mme C. ALLOSSERY, CPAM Nevers

- **BRUXELLES (BELGIQUE)**

**M le Dr P MOONENS, président de la Fédération laïque des centres de planning familial**

**Mme C. GRANDJEAN, directrice de la Fédération laïque des centres de planning familial**

**M N. MENSCHAERT, Fédération laïque des centres de planning familial**

**Mme le Dr D.A ROYNET, présidente du Groupe d'action des centres extra hospitaliers (G.A.C.E.H.P.A)**

## Liste des annexes

### ❖ **Annexe n°1 : les questions relatives à l'interruption volontaire de grossesse chez les mineurs**

- P. Gosselin, « le point sur la responsabilité des personnels de l'éducation nationale accompagnant des mineures dans des démarches relatives à une contraception d'urgence ou à une interruption volontaire de grossesse », *lettre d'information juridique 128*, Ministère de l'éducation nationale, octobre 2008.
- « Réponse de la société française de réanimation (SFAR) relative à la réalisation de l'anesthésie générale chez une mineure sans autorisation parentale », 2001.
- Mission juridique du ministère des affaires sociales, note de Jean-François Mary, membre du Conseil d'Etat en date du 24 juillet 2009
- Exemples de refus de prise en charge
- Les difficultés d'accueil des mineures

### ❖ **Annexe n°2 :**

- La pratique de l'interruption volontaire de grossesse au sein des établissements de santé, protocole d'enquête et schéma d'inspection

### ❖ **Annexe n° 3 : la tarification de l'IVG**

- Arrêté du 4 août 2009 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.
- courrier et note DHOS, DSS
- note ATIH
- exemples d'imputation des coûts de l'IVG dans deux établissements de santé privés
- exemples d'imputation des coûts de l'IVG dans deux établissements de santé publics
- note de la DHOS, préservation de l'anonymat des femmes qui recourent à l'IVG

### ❖ **Annexe n° 4 : la pratique de l'IVG**

- Un exemple au centre hospitalier de Tulle

### ❖ **Annexe n° 5 : les méthodes de l'IVG**

- IVG médicale ou instrumentale, choix des femmes et acceptabilité de la méthode, analyse à partir d'une enquête menée dans un hôpital universitaire écossais (Aberdeen).
- Difficultés de diffusion de la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville, l'exemple de la région Limousin
- IVG médicamenteuse en ville, protocole du REVHO

### ❖ **Annexe n°6**

- Les « petites maisons » ou la pratique de l'IVG en Belgique francophone



## **Annexe 1 : Les questions relatives à l'interruption volontaire de grossesse chez les mineurs**



## LA RESPONSABILITÉ DES PERSONNELS DE L'ÉDUCATION NATIONALE ACCOMPAGNANT DES MINEURES DANS DES DÉMARCHES RELATIVES À UNE CONTRACEPTION D'URGENCE OU À UNE INTERVENTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Les chefs d'établissements peuvent être amenés à s'interroger sur l'attitude à adopter lorsque des élèves mineures sollicitent une autorisation de sortie en vue de recourir à la contraception ou afin d'effectuer des démarches pour une intervention volontaire de grossesse (I.V.G.) et sur le régime de responsabilité qui leur est applicable. Si le législateur a fixé un cadre juridique pour la contraception et l'I.V.G. des mineures, son application en milieu scolaire peut susciter certaines interrogations.

### I. LES DEMANDES RELATIVES À LA CONTRACEPTION D'URGENCE

En vertu du I de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, « *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* ».

Ces dispositions interdisent au chef d'établissement, dans l'hypothèse où il en aurait eu connaissance, d'informer les parents d'une mineure non émancipée qui, souhaitant bénéficier de la contraception d'urgence et conserver le secret sur ses démarches, aurait informé de sa démarche d'autres personnes que le personnel de santé de l'établissement.

Par ailleurs, en application de l'article L. 5134-1 et des articles D. 5134-5 et suivants du code de la santé publique, les infirmiers et infirmières rattachés à un établissement peuvent, sous certaines conditions, administrer un contraceptif d'urgence non soumis à prescription obligatoire aux élèves externes et internes des établissements d'enseignement du 2<sup>nd</sup> degré.

Ainsi l'article D. 5134-7 du même code prévoit que « *la décision concernant l'administration d'une contraception d'urgence est précédée d'un entretien avec l'élève [...]* » et l'article D. 5134-8 du même code précise que « *l'infirmier ou l'infirmière [...] recherche les modalités les plus appropriées [...] aux fins [...] de lui indiquer les structures existantes pour se procurer de tels médicaments, pharmacie, centre de planifica-*

*tion ou d'éducation familiale, et de lui proposer d'entrer en contact avec un médecin. L'infirmier ou l'infirmière propose également à l'élève, qui peut le refuser, de s'entretenir avec l'un des titulaires de l'autorité parentale ou avec son représentant légal de la démarche d'aide et de conseil mise en œuvre. Si aucun médecin ou centre n'est immédiatement accessible et si l'élève est dans une situation de détresse caractérisée, l'infirmier ou l'infirmière peut, à titre exceptionnel, administrer la contraception d'urgence [...]* ».

Il ressort de ces dispositions que le recours à la contraception d'urgence ne doit intervenir qu'à titre exceptionnel et si aucune autre solution n'est envisageable. Enfin, hors cas d'urgence, le souhait de recourir à un moyen de contraception, qui relève d'une démarche personnelle de l'élève, doit s'effectuer en dehors du temps scolaire.

Les chefs d'établissement n'auront donc pas à accorder d'autorisation de sorties aux élèves concernées, le dispositif réglementaire précité permettant de répondre aux demandes des élèves mineures et de faire face aux situations d'urgence au sein de l'établissement.

La responsabilité du personnel de santé intervenant dans ce domaine ne pourrait être recherchée que si la procédure et l'obligation de conseil prévues aux articles D. 5134-7 et D. 5134-8 du code de la santé publique étaient méconnues.

### II. LES DEMANDES RELATIVES À L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Les dispositions de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique prévoient le droit pour une femme mineure non émancipée de ne pas recueillir le consentement de ses parents avant de subir une I.V.G., à la condition d'être accompagnée dans sa démarche par une personne majeure de son choix.

La volonté d'une élève mineure de recourir à une interruption volontaire de grossesse relève d'une démarche

personnelle et privée. Aucune disposition du code de la santé publique ne prévoit, comme c'est le cas pour la contraception d'urgence, de modalités d'intervention de la part de l'établissement d'enseignement.

Deux cas peuvent se présenter :

### 1. Possibilité pour l'élève de consulter en dehors du temps scolaire

Il est souhaitable, en cas de démarche de l'élève mineure auprès du personnel de santé de l'établissement, que ce dernier se limite à la renseigner sur les dispositions légales prévues à l'article L. 2212-7 du code de la santé publique et sur les établissements ou organismes susceptibles de la recevoir pour la consultation préalable obligatoire prévue à l'article L. 2212-4 du même code.

Cette solution sera retenue dans le cas d'une élève externe ou d'une élève interne bénéficiant de périodes de sorties compatibles avec la consultation de l'organisme qualifié prévu à l'article L. 2212-4 du code.

### 2. Situation d'urgence ne permettant pas la consultation en dehors du temps scolaire

Le cas de figure le plus délicat serait celui d'une élève approchant du terme des 12 semaines de grossesse à compter duquel l'article L. 2212-1 du code de la santé publique interdit de recourir à une interruption volontaire de grossesse et qui demanderait à bénéficier de la règle fixée aux articles L. 2212-4 et L. 2212-7 du code, c'est-à-dire de garder le secret sur sa démarche à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal.

Dans cette hypothèse d'urgence, le chef d'établissement peut se demander s'il est fondé à refuser ou à accorder une autorisation de sortie durant les heures de cours, sollicitée par une élève mineure et s'il doit informer les parents de cette absence.

#### *Sur l'autorisation de sortie*

Il n'est pas possible de déduire des dispositions du code de l'éducation relatives aux compétences du chef d'établissement, et notamment de ses articles R. 421-8 à R. 421-11, une compétence du chef d'établissement pour accorder ou refuser une autorisation de sortie en vue de permettre à une élève mineure de se rendre dans une structure médico-sociale pour une consultation préalable à une interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) et d'y subir les actes et soins qui lui sont liés.

Tout au plus, la circulaire n° 2004-054 du 23 mars 2004 relative au contrôle et à la promotion de l'assi-

duit des élèves soumis à l'obligation scolaire précise que le chef d'établissement peut, exceptionnellement, autoriser un élève à s'absenter pendant le temps scolaire mais sur demande écrite des parents et à la condition d'être accompagné.

Or il apparaît que s'opposer, dans un cas d'urgence, à la possibilité pour une adolescente d'avoir recours au dispositif fixé par la loi en matière d'interruption volontaire de grossesse consisterait à méconnaître l'esprit de cette loi et à s'exposer aux sanctions fixées à l'article L. 2223-2 du code de la santé publique et prévues en cas d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse.

Dans ce cas précis, du fait du caractère médical du motif justifiant l'absence, cette autorisation devrait être octroyée de plein droit si les conditions légales sont remplies.

Le personnel de santé de l'établissement est tenu à une obligation de secret dont la méconnaissance est pénalement sanctionnée. Dans l'hypothèse où l'autorité administrative serait informée d'une telle demande, elle doit immédiatement faire intervenir le médecin scolaire ou le personnel de santé de l'établissement qui pourra, s'il l'estime utile ou nécessaire, envoyer la mineure en consultation externe dans un des organismes agréés mentionnés à l'article L. 2214-4 du code de la santé publique pendant le temps scolaire sans avoir d'autres explications à donner au chef d'établissement.

Si au terme de cette consultation, l'élève mineure persistait dans sa décision de garder le secret, le personnel de santé de l'établissement, dans toute la mesure du possible, ne devrait accorder l'autorisation de sortie en vue de l'intervention qu'après s'être assuré auprès de la mineure, par exemple par une attestation signée par elle, que la personne majeure prévue pour l'accompagner en vertu de l'article L. 2212-7 du code la prend effectivement en charge dès sa sortie de l'établissement.

#### *Sur l'obligation de discrétion*

Pour ce qui concerne les règles relatives à l'absentéisme des élèves, l'article L. 131-8 du code de l'éducation dispose que « lorsqu'un enfant manque momentanément la classe, les personnes responsables doivent, sans délai, faire connaître au directeur ou à la directrice de l'établissement d'enseignement les motifs de cette absence ». Le dernier alinéa de l'article R. 131-5 du même code précise, quant à lui, qu'« en cas d'absence prévisible, les personnes responsables de l'enfant en informent préalablement le directeur de l'école ou le chef de l'établissement et en précisent le motif ».

Toutefois, les dispositions législatives reconnaissant à la femme mineure, dans le cas particulier de la procédure d'I.V.G., le droit de garder le secret sur ses démarches me semblent devoir dépasser le cadre purement médico-hospitalier et prévaloir sur les dispositions réglementaires imposant au chef d'établissement d'informer les parents sur les absences de l'élève mineure.

Le chef de l'établissement paraît donc fondé à garder le silence sur une telle absence, dès lors que le personnel de santé l'aura dûment informé de ce que « l'élève est absente pour un motif médical dont elle est légalement autorisée à garder le secret », sans autre précision. Ainsi devraient être préservés à la fois le secret auquel est astreint le personnel de santé et le droit de l'élève à garder le secret sur sa démarche, vis-à-vis de ses parents notamment. Ce choix personnel sera utilement attesté par une déclaration écrite de l'élève, remise au personnel de santé.

### III. SUR LA RESPONSABILITÉ DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT ET DES PERSONNELS DE L'ÉTABLISSEMENT

1. La responsabilité du chef d'établissement ou du personnel de santé pour défaut d'information des parents sur l'absence de la mineure et/ou le motif de l'absence pourrait être recherchée. Une telle action n'a cependant que peu de chance d'aboutir dès lors qu'un droit au secret est reconnu à la mineure non émancipée et qu'il n'appartient pas au chef d'établissement ni au personnel de santé d'aller à l'encontre de ce droit.

Une action en responsabilité pourrait néanmoins être envisagée si l'élève était victime d'un dommage à l'occasion d'un déplacement en dehors de l'établissement. Cependant, la démarche de l'élève ayant un caractère strictement personnel, s'agissant pour elle de l'exercice d'un droit individuel reconnu par la loi et ne se rattachant à aucun acte de l'établissement, une telle action n'aurait probablement pas plus de chance de succès.

2. L'article L. 2212-7 du code de la santé publique prévoit par ailleurs que si une mineure enceinte ne

veut pas que soit recueilli le consentement de ses représentants légaux ou que ce consentement n'est pas obtenu, l'I.V.G. peut toutefois être pratiquée à sa demande, à la condition qu'elle soit accompagnée, dans sa démarche d'ordre privé, par une personne majeure de son choix, qu'elle désigne en considération de la personnalité de cette dernière et de la relation de confiance qui peut les unir.

Une hypothèse peut être envisagée, dans laquelle l'élève demanderait à être accompagnée par un membre du personnel de santé ou autre agent de l'établissement, qui y consentirait. Cette situation n'est aucunement souhaitable et doit au maximum être évitée. Mais elle peut être imaginée, en cas d'urgence caractérisée et de détresse de l'intéressée.

Il conviendrait alors d'informer l'agent du caractère privé, personnel et volontaire de cet accompagnement, qui ne se rattache en aucune manière à sa mission statutaire ou réglementaire, même si la fréquentation par la mineure de l'établissement scolaire où l'intéressé exerce ses fonctions est à l'origine de cette désignation.

Il ne peut s'agir que d'une démarche personnelle de l'agent, qui nécessite donc une autorisation d'absence ou un congé, délivré par le chef d'établissement, si l'accompagnement se fait sur son temps de service.

La responsabilité éventuelle de l'agent qui agit, en dehors du service, en tant qu'accompagnateur à titre privé, pour les dommages causés à la mineure par le fait de l'accompagnement ne peut être en conséquence réglée que par les règles du droit commun régissant la responsabilité civile des personnes, ce dont doit dûment être informé l'agent.

Il n'est toutefois pas impossible qu'en pareil cas, la responsabilité de l'État soit également recherchée pour les fautes commises par cet « adulte accompagnateur » même agissant en dehors de l'exercice de ses fonctions, la démarche pouvant être considérée comme non dénuée de tout lien avec le service.

Pascal GOSSELIN

## La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception : réponse de la Sfar à ses membres

Ce texte a été publié dans la section "Formation-Information" des Ann Fr Anesth Réanim. 2001 ; 20:fi146-7. Une actualisation sera prochainement publiée.

Voir également sur le site de l'Assemblée Nationale le rapport d'activité 2001 de la Délégation au droit des femmes mentionnant le point de vue de la SFAR représentée par son président, et le rapport d'audition de ce dernier.

La Sfar a été interrogée durant l'été par plusieurs de ses membres sur les conséquences de cette récente loi [1]. La réponse a été préparée par son Président, soumise au Comité Vie Professionnelle et au Groupe Obstétrique, validée par le Conseil d'Administration du 19 septembre 2001. Son actualisation a été approuvée par le Conseil d'Administration du 14 décembre 2001.

La principale préoccupation exprimée concerne la possibilité légale de réaliser une anesthésie générale chez une personne mineure sans autorisation parentale. La nouvelle loi est à cet égard sans ambiguïté. En effet, lorsqu'une anesthésie générale est jugée nécessaire pour pratiquer une interruption volontaire de grossesse (IVG), cette anesthésie relève à l'évidence des actes médicaux liés à l'IVG, ce que prévoit le troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique (" l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés "). Dans ce cadre et sous certaines conditions précisées par cette loi, l'anesthésie d'une femme mineure non émancipée est licite sans consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal. Les conditions requises sont doubles. D'une part, le texte précise que le médecin s'efforce au préalable d'obtenir le consentement de la mineure pour que les parents soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite. L'anesthésiste-réanimateur n'intervient généralement pas durant la phase initiale de prise de décision et ne participe donc pas aux entretiens qu'elle requiert. L'anesthésiste-réanimateur a cependant la possibilité de procéder à des vérifications. Dès lors, la prudence veut qu'il s'assure notamment que le dossier médical porte la trace écrite des entretiens fixés par la loi. Un accord préalable avec les praticiens d'autres disciplines apparaît donc souhaitable, pour fixer le contenu exigible du dossier médical. D'autre part, le texte indique que si la mineure maintient sa volonté de garder le secret à l'égard de ses parents, elle " se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix ". Il en découle que la mineure doit être accompagnée dans sa démarche de demande d'anesthésie par la personne majeure de son choix, et que celle-ci doit donc être présente lors de la consultation d'anesthésie. Concrètement, il convient de communiquer qu'en cas d'anesthésie pour IVG, une mineure doit se rendre à une consultation d'anesthésie plusieurs jours à l'avance, soit avec une autorisation parentale, soit accompagnée de

la personne majeure qu'elle a désignée pour l'ensemble de la démarche. Il n'est pas anodin de noter que la loi n'exige pas que cette personne signe une " décharge ", n'indique pas qu'elle donne un consentement " à la place " de la mineure, n'en fait pas son représentant légal : la loi dit qu'elle l'accompagne. Il est en revanche prudent d'inscrire sur la fiche de consultation d'anesthésie le nom de la personne majeure présente au moment où l'information sur l'anesthésie est délivrée (ses avantages, ses limites, ses contraintes, ses risques et les façons de les limiter) et de demander à cette personne accompagnante de lire attentivement avec la mineure le formulaire d'information sur l'anesthésie (du type de celui proposé par la Sfar). En dehors de cette partie de la consultation, la mineure doit pouvoir, lors du colloque singulier avec le médecin anesthésiste-réanimateur, communiquer toute information qu'elle voudrait taire à une tierce personne.

La question est parfois posée de savoir si la nouvelle loi modifie l'obligation d'autorisation parentale en cas de nécessité d'anesthésie pour un motif autre que l'IVG. La réponse est cette fois négative. En effet, le fait qu'une loi ait été nécessaire pour lever cette obligation en matière d'IVG manifeste qu'il s'agit d'un domaine d'exception. Dans les autres cas, c'est la règle générale qui s'applique : en dehors de l'IVG l'autorisation parentale reste donc nécessaire avant une anesthésie, sauf cas d'urgence. Il reste à envisager l'éventualité d'une complication sévère de l'IVG (type accident d'anesthésie ou de chirurgie). Dès lors qu'il ne s'agit plus de l'IVG elle-même, il n'apparaît plus possible de laisser les parents dans l'ignorance, sans toutefois retarder les soins qui s'imposent en urgence. Etant donné que, par hypothèse, les parents n'étaient pas au courant de l'IVG, il apparaît préférable en termes de rapports humains que le majeur référent se voie proposer de participer à l'information initiale des parents, sans que ceci puisse être une obligation ni ne se substitue à la démarche administrative habituelle en cas d'aggravation. Cette possibilité mérite d'être expliquée lors de la consultation préanesthésique.

Mais la question des personnes mineures n'est qu'une des nouveautés de cette loi, qui aborde également la prolongation du délai légal de l'IVG et la contraception " chirurgicale ". La prolongation du délai n'entraîne pas de difficulté juridique particulière dès lors même qu'elle est inscrite dans la loi. En revanche, il n'est pas niable qu'elle pose un problème technique : recours plus fréquent à l'anesthésie générale, majoration du risque de complications chirurgicales. C'est donc une vigilance accrue qui est requise, en matière d'hommes comme de structures.

La question de la ligature des trompes et des déférents a déjà été abordée dans cette revue [2]. Le nouveau texte de loi a le mérite de ne plus faire reposer cette possibilité de contraception sur une argutie sémantique - le remplacement du mot " thérapeutique " par " médicale " dans le premier alinéa de l'article 16-3 du code civil - mais sur un texte traitant explicitement le sujet. Le délai de réflexion imposé par la loi est finalement de quatre mois. Il est important qu'une consultation d'anesthésie ait lieu dès le début de ce délai, pour permettre à la personne d'intégrer précocement dans sa réflexion l'information relative à l'anesthésie, incluant notamment ses risques. Une telle procédure est au demeurant souhaitable pour discuter en temps utile entre anesthésiste-réanimateur et chirurgien une éventuelle difficulté car, pour des raisons psychologiques évidentes, il importe de ne pas découvrir, peu de temps avant l'intervention programmée, des problèmes décelables plusieurs mois plus tôt. Toutefois, ce délai de quatre mois apparaît trop long pour permettre de faire l'économie d'une nouvelle consultation d'anesthésie ; il apparaît en conséquence préférable de réaliser une autre consultation dans les jours précédant l'intervention, afin de vérifier l'absence de modification de l'état de santé de la personne et la constance de sa décision.

Pour tous ces types d'intervention, la " clause de conscience " peut être invoquée, par exemple pour des raisons de convictions religieuses du praticien. En pareil cas, il est important que celui-ci le fasse savoir précocement pour que l'organisation au sein de l'établissement puisse en tenir compte. Dans une structure privée, il est envisageable que l'ensemble des praticiens puisse

opposer un tel refus, clairement affiché par l'établissement. Dans un établissement public en revanche, les principes généraux de continuité du service public et d'égalité d'accès aux soins sur le territoire national doivent être respectés.

## Références

1. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Journal officiel de la République française, 7 Juillet 2001, 156:10823 sqq. Aller à [http://www.legifrance.gouv.fr/html/frame\\_jo.html](http://www.legifrance.gouv.fr/html/frame_jo.html), entrer (copier-coller) le code NOR : MESX0000140L
2. Lienhart A. L'anesthésiste-réanimateur et la ligature des trompes et des déférents. Ann Fr Anesth Réanim, 2000, 19: fi84-6

Jean-François Mary

Mission juridique du ministère des affaires sociales

Affaire suivie par Mme Jourdain-Menninger

2009-07-24

#### NOTE

Le praticien peut-il voir sa responsabilité engagée en cas d'IVG sur une mineure qui demande le droit au secret prévu par l'article L 2212-7 du code de la santé publique et donc d'être dispensée de demander l'autorisation de l'un de ses parents avant de subir cette intervention?

En l'absence de toute jurisprudence judiciaire ou administrative sur ce point, je suis réduit à ne formuler que des hypothèses : les médecins peuvent se trouver confrontés à l'hypothèse d'un contentieux les opposant aux père ou mère de la mineure contestant le fait d'avoir été laissé dans l'ignorance de l'IVG pratiquée sur leur enfant sans que le praticien ait procédé aux démarches prévues par le deuxième alinéa de l'article L 2212-7. L'on sait que le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de la mineure, 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.

Le médecin doit donc réunir les preuves que cette formalité a été accomplie.

Lundi 4 Juin 2007

**Entretien entre le Docteur LEFEBVRE et Mme X patiente à Chaumont.**

**Dr Lefebvre :** Bien bonjour Madame, je vous remercie de répondre à ces quelques questions concernant votre parcours de soin.

Tout d'abord, quand avez-vous constaté votre grossesse ?

*Mme X :* Je l'ai constatée à six semaines de grossesse.

**Dr Lefebvre :** Vous avez eu deux enfants qui ont maintenant 5 et 7 ans et déjà en 2003, vous avez eu un accident de contraception, apparemment, qui a conduit à une interruption de grossesse à Chaumont. Que s'était-il passé ?

*Mme X :* Alors en fait, il s'avère que je suis très féconde et que, quand j'ai eu mon deuxième enfant, j'aurais du reprendre Trinordiol et on m'a donné Microval, une pilule minidosée et donc je suis retombée enceinte deux mois après l'accouchement.

**Dr Lefebvre :** J'avais vu en fait que vous aviez déjà eu aussi un dispositif intra-utérin.

*Mme X :* Oui.

**Dr Lefebvre :** Que s'était-il passé après cette contraception par stérilet. Vous n'avez pas supporté ?

*Mme X :* Je n'ai pas supporté, j'ai fait une infection.

**Dr Lefebvre :** D'accord. Et après l'avortement de 2003 à Chaumont, qu'est-ce qu'on vous a conseillé à ce moment là comme contraception ?

*Mme X :* Euh...alors...après...La pilule Trinordiol en expliquant que c'était une erreur de m'avoir donné Microval.

**Dr Lefebvre :** D'accord.

*Mme X :* Donc j'ai repris la pilule.

**Dr Lefebvre :** Et vous m'avez dit avoir constaté votre grossesse à six semaines à peu près cette fois-ci. Quand est-ce que vous avez décidé en fait d'interrompre cette grossesse ?

*Mme X :* Alors à 11 semaines.

**Dr Lefebvre :** A 11 semaines ? C'est-à-dire après avoir fait des examens ? Qui avez-vous consulté dans un premier temps ? Décrivez-moi un petit peu votre parcours de soin.

*Mme X :* Alors en fait, j'ai fait deux échographies avec mon gynécologue.

**Dr Lefebvre :** Oui.

*Mme X :* Et donc, lorsque j'ai pris ma décision.

**Dr Lefebvre :** Pourquoi deux échographies ? La première échographie, c'était ?

*Mme X :* Parce qu'en fait, il s'agissait d'une grossesse gémellaire à l'origine.

**Dr Lefebvre :** Oui.

*Mme X :* Et comme il y avait un bébé qui avait arrêté de se développer, ça représentait un risque pour le second. Donc, on a préféré attendre avant de déclarer la grossesse.

**Dr Lefebvre :** A ce moment là, vous n'étiez pas encore décidée de toute façon par rapport à une interruption de grossesse. Non, non. Vous réfléchissiez avec votre mari... Voilà, oui, oui.

*Mme X :* Et, donc, ensuite, je suis allée le revoir. Bon, je n'avez pas rendez-vous, mais je savais très bien que le temps pressait. Et donc, j'ai demandé pour le voir, il m'a expliqué que lui ne faisait, de toute façon pas ce genre d'interruption et il m'a envoyée voir son collègue...et puis qui a refusé de faire l'IVG.

**Dr Lefebvre :** Et pour quelles raisons ?

*Mme X :* Alors tout simplement parce qu'il m'a dit qu'en fait...tout d'abord il n'était pas obligé de le faire puisque j'avais dépasser les 12 semaines. Alors que moi j'avais consulté mes droits et...

**Dr Lefebvre :** Alors que vous n'étiez qu'à 11 semaines en fait encore à ce moment là ?

*Mme X :* Euh, oui, je terminais la onzième semaine...oui.

**Dr Lefebvre :** D'accord. Et donc il vous a dit que ce n'était plus possible après 12 semaines.

*Mme X :* Voilà, que lui il n'était plus obligé, du moins d'accepter de les faire.

**Dr Lefebvre :** D'accord.

*Mme X :* Et que par conséquent, il refusait.

**Dr Lefebvre :** Et à ce moment là, il vous a orienté vers un autre centre, un autre hôpital qui aurait pu pratiquer cette interruption de grossesse ?

*Mme X : Alors euh...non, non, non. Lui, il m'a parlé directement d'aller à l'étranger, et il m'a dit d'aller voir sa secrétaire avant de partir. Donc, je suis allée voir sa secrétaire qui m'a donné un numéro de téléphone d'un planning familial...*

*Mme X : Et donc, c'est le planning familial qui m'a orientée. Moi de mon côté, j'ai contacté plusieurs hôpitaux de... toujours la région, qui ont refusé également.*

**Dr Lefebvre :** C'est-à-dire combien d'hôpitaux avez vous contacté?

*Mme X : 2*

**Dr Lefebvre :** C'est à dire ? Chaumont, là où vous étiez au départ, et ensuite ?

*Mme X : St Dizier et Nancy.*

**Dr Lefebvre :** Donc, lorsqu'on on vous a dit que c'était trop tard, au delà de 12 semaines, on vous a donné d'autres raisons pour lesquelles vous ne pouviez pas, enfin vous n'aviez pas à faire une interruption de grossesse ?

*Mme X : Donc, il m'a dit très clairement de toute façon que c'était de ma faute, que j'aurais du réfléchir bien avant, ensuite il m'a dit que les deux dernières semaines, de 12 à 14 semaines, en fait c'est uniquement pour les jeunes, les mineures, qui ont caché la grossesse à leurs parents et donc là, il acceptait de le faire, sinon non ; et comme j'avais deux enfants, en fait il m'a demandé si j'avais une situation professionnelle et donc oui, j'ai une situation professionnelle, donc il ne voyait absolument pas pourquoi je voulais pas garder cet enfant.*

**Dr Lefebvre :** D'accord. Et le service que vous avez donc vu à Chaumont, c'était le service de gynécologie obstétrique, qu'est ce que c'était comme service ?

*Mme X : La Maternité.*

**Dr Lefebvre :** Et donc là, après, quel a été votre parcours ? Vous avez été au Planning, c'est ça ?

*Mme X : Oui, je les ai donc appelés, je suis tombée sur une dame très très gentille qui m'a donc donné tout de suite votre numéro de téléphone.*

**Dr Lefebvre :** Et l'autre médecin, vous avez fait un courrier, vous avez donné un courrier pour aller à l'étranger ou un courrier pour aller dans un autre centre ?

*Mme X : Non, non rien du tout.*

**Dr Lefebvre :** Rien du tout ?

*Mme X : Non !*

**Dr Lefebvre :** D'accord. Et à St Dizier, au planning familial, ils vous ont donné nos coordonnées ?

**Mme X :** *Oui*

**Dr Lefebvre :** Est-ce que vous pouvez me dire à combien de kilomètres c'est de...

**Mme X :** *Alors, on se trouve à exactement à 450 kilomètres.*

**Dr Lefebvre :** D'accord. Vous avez mis combien de temps ?

**Mme X :** *Donc, ça fait 4 heures et demie.*

**Dr Lefebvre :** 4 heures et demie, donc vous êtes partie ce matin à ?

**Mme X :** *Donc, ce matin je suis partie à 3 heures moins le quart.*

**Dr Lefebvre :** D'accord. Et tout ça faisait suite à une consultation que vous aviez déjà eu antérieurement ici ?

**Mme X :** *Oui.*

**Dr Lefebvre :** Et vous avez fait 2 voyages comme ça. et là vous allez repartir cet après-midi et rentrer après quatre heure et demie de route.

**Mme X :** *Voilà !*

*Vous savez, ce n'est pas par négligence que j'ai attendu. C'est parce que j'avais besoin de réfléchir. Mes deux premiers étaient souhaités, ici c'était un accident, mais on ne prend pas cette décision à la légère, et pour moi ce qui m'a vraiment scandalisée c'est quand le gynécologue m'a dit qu'avec un troisième enfant, j'aurais plus d'argent, plus de prime et que donc je pouvais le garder. Comme si on décidait de garder une grossesse pour l'argent !*

*Entretien réalisé et retranscrit le 4 juin 2007 avec l'accord de la patiente.*



29 janvier 2009

CENTRE DE DIAGNOSTIC ET  
D'ÉCHOGRAFIE GYNÉCOLOGIQUE  
SAINT-QUENTIN  
N° Fax : 03.20.99.32.41  
Agréé par Arrêté (circulaire) du 07/11/2006

Saint-Quentin,  
Le 29 janvier 2009

Monsieur et Cher Confrère,

Je me permets de vous adresser **Mademoiselle Céline, âgée de 18**, qui présente à ce jour une grossesse non désirée de 12 semaines d'aménorrhée et 1 jours.

Il nous est **donc** impossible de réaliser cette interruption de grossesse.

Nous vous l'adressons donc pour ce faire

Vous remerciant de l'accueil que vous réserverez à cette patiente.

Je vous prie de croire, Monsieur et Cher confrère, en nos respectueuses salutations.

Docteur S. ATTIER

Po. de secrétaire

**MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL**  
**Imm. Le Sileur – 17 place Albert Schweitzer**  
**38307 Bourgoin-Jallieu Cedex**  
**Tél : 0474 28 30 22**  
**Fax : 04 74 28 88 41**

**Bourgoin, 19 novembre 2008**

**Mesdames les Inspectrices,**

Nous venons par la présente, vous faire part d'une expérience vécue au sein du service pratiquant les IVG au centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu.

En effet, une Conseillère conjugale et familiale du centre de planification de Bourgoin-Jallieu a accompagné, en qualité d'adulte référent, une jeune fille mineure en demande d'IVG, à la maternité du Centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu.

Elle a été désolée de constater que l'accueil des femmes en demande d'IVG se fasse au milieu de femmes enceintes et d'enfants, sans confidentialité ni discrétion.

De plus le secrétariat du service lui a réclamé une pièce d'identité qui a été photocopiée sans son accord et lui a demandé de signer une « autorisation d'opérer » sous peine de ne pouvoir prendre en charge l'IVG de la mineure. Or, en référence à la loi, aucune responsabilité civile ni pénale ne peut être engagée pour les faits se rattachant à la mission d'adulte accompagnant, qui ne dispose d'aucun attribut de l'autorité parentale.

On a également demandé à la mineure de s'acquitter de la somme de 51.58€, ce qu'elle a refusé, car les démarches, les examens et l'intervention concernant l'IVG sont réalisés sans qu'aucune demande de paiement ne puisse être demandé à une mineure.

Au regard de ces éléments, nous avons sollicité une rencontre avec tous les personnels (administratifs, médicaux et sociaux) concernés par les IVG pour une meilleure prise en charge des femmes.

Nous souhaiterions avoir votre avis sur ce problème.

Vous remerciant par avance, nous vous adressons, Mesdames les Inspectrices, nos respectueuses salutations.

L'équipe du Centre de Planification

**Mouvement Français**  
**pour le Planning Familial**  
C.C.A.S. - B.P. 176  
38304 BOURGOIN-JALLIEU CEDEX  
Tél. 04 74 28 30 22

**Annexe 2 : La pratique de l'interruption volontaire  
de grossesse au sein des établissements de santé,  
protocole d'enquête et schéma d'inspection**





Liberté - Égalité - Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des solidarités

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE  
L'ORGANISATION DES SOINS  
Sous-direction de l'organisation du système de soins - O1  
Personne chargée du dossier :  
Anne-Noëlle MACHU

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
Sous-direction santé et société – SD6D  
Personne chargée du dossier :  
Béatrice BOISSEAU-MERIEAU

## PRATIQUE DE L'INTERRUPTION DE GROSSESSE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PROTOCOLE ET SCHEMA D'INSPECTION

### 1. Contexte de l'inspection

Cette inspection se situe dans un quadruple contexte :

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

### 2. Objectifs de l'inspection

Les objectifs de l'inspection sont les suivants :

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

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

### **3. Textes et documents de référence**

#### **3.1. Textes**

- Articles L.2212-1 à L.2212-11 du code de la santé publique
- Articles R.2212-1 à R.2212-19 du code de la santé publique
- Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
- Circulaire DGS/DHOS n° 2003-356 du 16 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des recommandations du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
- Circulaire N° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé.

#### **3.2. Documents**

- Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines –Haute autorité en santé (mars 2001).
- Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception présenté en décembre 2002 par Mme Jeandet-Mengual, membre de l'Inspection générale des affaires sociales.

### **4. Méthodologie de l'inspection**

Tous les établissements de santé publics et privés pratiquant des IVG seront inspectés. Selon les régions, il apparaît souhaitable d'entreprendre également une démarche en direction des établissements pour lesquels la réglementation prévoit la pratique d'IVG et qui, de fait, n'en réalisent pas.

### **5. Période d'inspection**

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

### **6. Documents à consulter en phase préparatoire**

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

### **7. Corps de contrôle concernés**

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

### **8. Déroulement de l'inspection**

**Les personnes ressources à rencontrer sont :**

- Le directeur de l'établissement ou son représentant,
- Le médecin chef de service ou chef de pôle au sein duquel l'activité d'IVG est pratiquée,
- Le médecin responsable fonctionnel de l'activité d'IVG au sein du pôle ou du service (responsable fonctionnel d'une unité fonctionnelle si elle existe),
- En cas d'absence de service, les médecins (gynécologues-obstétriciens/chirurgiens) pratiquant les IVG.

- Le cas échéant, la sage-femme assurant les IVG médicamenteuses sous délégation du médecin.

Document à demander à l'établissement

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

**9. Retour demandé par l'administration centrale**

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

La fiche de synthèse annuelle portera sur les éléments suivants :

- 1- Nombre d'établissements inspectés et statut public/privé.
- 2- 4ème partie de la grille d'inspection (avis du médecin responsable sur le fonctionnement, difficultés et axes d'amélioration).
- 3- 5ème partie de la grille d'inspection (avis des inspecteurs).

## **Annexe 3 : La tarification de l'IVG**





JORF n°0193 du 22 août 2009 page 13785  
texte n° 30

**ARRETE**

**Arrêté du 4 août 2009 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse**

NOR: SASS0904169A

La ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et la ministre de la santé et des sports,  
Vu le code de la sécurité sociale ;  
Vu le code de la santé publique ;  
Vu l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;  
Vu l'arrêté du 4 avril 2008 portant modification de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;  
Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 2 juillet 2009 ;  
Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 3 juin 2009,  
Arrêtent :

**Article 1**

L'article 1er de l'arrêté du 23 juillet 2004 susvisé est ainsi rédigé :

« Les prix limites des soins et les forfaits d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse instrumentale, pratiquée dans les établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

- a) Interruption volontaire de grossesse : 92, 62 euros.
- b) Anesthésie générale : 77, 18 euros.
- c) Investigations biologiques préalables à l'intervention : 22, 95 euros.
- d) Accueil et hébergement, y compris les frais de salle d'opération pour une durée :
  - égale ou inférieure à douze heures : 139, 83 euros ;
  - comprise entre douze et vingt-quatre heures : 198, 40 euros ;
  - pour vingt-quatre heures supplémentaires : 58, 54 euros. »

**Article 2**

L'article 3 de l'arrêté du 23 juillet 2004 susvisé est ainsi rédigé :

« Les prix limites des forfaits relatifs aux soins et à l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse, pratiquée dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

- a) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse sans anesthésie générale pour une durée égale ou inférieure à douze heures : 306, 14 euros.
- b) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse avec anesthésie générale pour une durée égale ou inférieure à douze heures : 383, 32 euros.
- c) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse sans anesthésie générale pour une durée comprise entre douze et vingt-quatre heures : 364, 64 euros.
- d) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse avec anesthésie générale pour une durée comprise entre douze et vingt-quatre heures : 441, 82 euros.
- e) Forfait pour vingt-quatre heures supplémentaires : 58, 60 euros.
- f) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux : 257, 91 euros. »

**Article 3 En savoir plus sur cet article...**

Le directeur de la sécurité sociale, la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes sont chargés de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 4 août 2009.

La ministre de la santé et des sports,

Pour la ministre et par délégation :

Par empêchement de la directrice  
de l'hospitalisation

et de l'organisation des soins :

Le chef de service,

F. Faucon

La ministre de l'économie,

de l'industrie et de l'emploi,

Pour la ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur général  
de la concurrence, de la consommation

et de la répression des fraudes :

Le chef de service,

P. Fond

Le ministre du budget, des comptes publics,

de la fonction publique

et de la réforme de l'Etat,

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur

de la sécurité sociale :

Le chef de service adjoint

au directeur de la sécurité sociale,

L. Habert



Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville  
Ministère de la santé et des sports  
Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique

DSS/SD1A  
Laurent BUTOR  
☎ : 01.40.56.75.51  
☎ : 01.40.56.75.62  
N° 2148/09

DHOS/F4  
Edith GALLOUX

004241

Paris, le 09 AVR. 2009

Le directeur de la sécurité sociale

La directrice de l'hospitalisation et  
de l'organisation des soins

à

Monsieur le chef de l'inspection  
générale des affaires sociales

A l'attention de Mmes AUBIN et  
JOURDAIN MENNINGER

**Objet** : mission d'évaluation de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception

Nous vous prions de trouver ci-joint une fiche technique relative aux conditions de prise en charge de l'IVG, précisant les conditions de revalorisation des tarifs d'IVG, notamment dans le contexte de la tarification à l'activité des établissements de santé.

L'ensemble des propositions présentées dans cette fiche, ne sont à ce stade que des pistes de réflexion qui devront être approfondies si elles devaient être retenues.

La Directrice de l'Hospitalisation  
et de l'Organisation des Soins

Annie PODEUR

Inspection générale  
des affaires sociales  
39-43 Quai André Citroën  
75015 PARIS

Le Directeur de la Sécurité Sociale  
Dominique LIBAULT

### **1. Conditions de tarification et de remboursement**

Les tarifs figurent dans un arrêté spécifique du 23 juillet 2004 modifié par un arrêté du 4 avril 2008, où figurent les tarifs d'IVG instrumentale et médicamenteuses en ex-OQN et en ex-DG, les tarifs d'IVG (médicamenteuse) "en ville", dans le cadre d'une convention avec un établissement de santé, et enfin les tarifs des médicaments (Mifégyne et Gymiso).

Cette tarification hors T2A a pour principaux motifs l'homogénéité des tarifs et de la participation de l'assurée (pas de coefficient régional ou propre à l'établissement, pas de TM sur les TJP comme en hospitalisation « classique »), d'une part, l'application de tarifs plafond sur le fondement de l'article L. 162-38 du CSS, d'autre part (pour les ex-OQN et l'activité libérale des praticiens hospitaliers dans les ex-DG) qui empêchent la facturation de tout dépassement. Ainsi, les honoraires sont inclus dans les tarifs de l'IVG instrumentale en établissement ex-OQN et les médicaments sont inclus dans le prix du forfait de l'IVG médicamenteuse en ex DG.

Le taux de ticket modérateur correspondant à la participation de l'assurée est de 20% (en hospitalisation) ou 30% ("en ville"). Les mineures non émancipées en l'absence de consentement parental (avec anonymat) sont exonérées.

### **2. Valorisation des séjours**

Pour les établissements ex DG, la valorisation de la part à la charge de l'assurance maladie est prévue dans l'arrêté « versement » du 23 janvier 2008, et se fait par application d'un taux moyen de prise en charge – dit taux de conversion - de 94%.

Le projet d'arrêté modifiant l'arrêté « versement » sus mentionné, prévoit désormais que la part à la charge de l'AMO est calculée compte tenu des droits de la patiente auprès d'un organisme de sécurité sociale, et non plus sur la base du taux de conversion.

### **3. Revalorisations tarifaires**

Le recours à un arrêté spécifique, hors T2A, explique que les tarifs ne sont pas revalorisés régulièrement comme les tarifs des GHS, inversement, ces tarifs ne sont pas susceptibles d'être réduits dans le cadre d'une régulation prix volume.

Les tarifs de l'IVG instrumentale ont été revalorisés à hauteur de 20% en 2008 (arrêté du 4 avril 2008). La revalorisation précédente remontait à l'arrêté de juillet 2004.

Un nouvel arrêté modificatif, prévoyant une revalorisation pour 2009, est en cours de préparation.

#### **4. Faut-il intégrer l'IVG dans le système de T2A ?**

La question du maintien d'un dispositif spécifique se pose. Le forfait et son système de prix permettent de garantir une prise en charge identique sur l'ensemble du territoire contrairement au dispositif d'inclusion dans les GHS qui sont soumis à des coefficients géographique et de transition, propre à chaque établissement ; en théorie, le niveau de reste à charge pour la patiente pourrait alors être différent.

A fortiori, dans les établissements du secteur ex DG et dans l'attente de la réforme du ticket modérateur, la participation des assurés pour les séjours financés à l'activité est calculée par référence aux anciens tarifs journaliers de prestation (TJP), qui sont propres à chaque établissement.

**La solution qui pourrait être envisagée serait de substituer un GHS aux modalités de facturation actuelles et de déterminer un taux (ou un montant forfaitaire) de ticket modérateur à la charge de la patiente qui permettrait de garantir un reste à charge identique partout sur le territoire.**

Cette solution répondrait à la fois au souci des professionnels de voir la rémunération des séjours évoluer régulièrement et au souci d'assurer un reste à charge identique sur l'ensemble du territoire pour les patientes.

#### **5. Dépassements d'honoraires sur les échographies de contrôle**

Le forfait d'IVG instrumentale inclut les analyses de laboratoire préalables, l'anesthésie, l'intervention et la surveillance. Les deux consultations préalables et la consultation de contrôle sont facturables en sus. Ces consultations préalables sont également exclues du forfait de l'IVG médicamenteuse, alors que la visite de contrôle y est incluse.

Des remontées de terrain communiquées par la mission IGAS semblent indiquer que des dépassements d'honoraires sont réalisés sur certains actes et notamment sur la consultation de contrôle réalisée après une IVG instrumentale. Cette pratique contredit le souhait de rendre ce type d'intervention facilement accessible.

En préalable, on peut noter que le fait que des consultations périphériques à l'IVG instrumentale fassent l'objet de dépassements d'honoraires est contestable dès lors que ces dépassements sont proscrits pour le séjour correspondant à l'intervention. L'accessoire devrait suivre le principal, ce qui pourrait conduire à considérer ces dépassements d'honoraires comme illégaux.

De plus, compte tenu du type d'intervention qu'est l'IVG et de son caractère particulièrement sensible, il conviendrait d'empêcher explicitement le recours aux dépassements d'honoraires.

Une première option, qui consisterait à prévoir par voie conventionnelle l'impossibilité de recourir aux dépassements d'honoraires sur ce type d'acte doit être exclue. Outre la modification de la convention, cette solution implique l'ouverture de négociations avec les professionnels, ce qui la rend difficile à mettre en œuvre.

**Une seconde option, plus simple et rapide à mettre en œuvre, consisterait à étendre le périmètre du forfait IVG instrumentale dans les deux secteurs pour inclure l'échographie de contrôle, assimilée à un suivi postopératoire, inclus dans les tarifs de séjour et ne donnant pas lieu à nouvelle facturation. Pour des raisons de facturation et de contrôle, cette solution implique que l'échographie de contrôle soit systématiquement réalisée dans le même établissement que l'IVG.**

**\*\*\***

**\***

L'ensemble des propositions présentées dans cette fiche, ne sont à ce stade que des pistes de réflexion qui devront être approfondies si elles devaient être retenues.

De: joelle.dubois@atih.sante.fr  
 Envoyé: vendredi 30 janvier 2009 19:44  
 À: THOREL, Monique; GALLOUX, Edith; DELNATTE, Jean-Claude  
 Cc: pierre.metal@atih.sante.fr; sandra.gomez@atih.sante.fr; housseyni.holla@atih.sante.fr; chodorge, maryse  
 Objet: IVG mission IGAS

Bonjour,

Je reviens sur le sujet des IVG, suite à la mission IGAS et aux questions qui avaient été posées lors de notre rencontre du 16 janvier dernier.

J'avais noté que nos interlocutrices souhaitaient avoir qqs mots d'explication concernant le tarif des "fausses couches spontanées" (FCS) qu'elles avaient noté particulièrement élevé au regard du tarif des IVG, alors que, de l'avis des professionnels qu'elles ont rencontrés, les pratiques sont identiques.

Nous avons regardé ce dont il s'agit, et nous confirmons en effet cette différence de tarif.

Les FCS donnent lieu en effet le plus souvent, à une prise en charge "ambulatoire" (entrée et sortie le même jour).

En V10 des GHM, elles sont donc groupées dans un GHM de la CM24 (24M25Z). Nous tombons alors sur le classique pb des GHM (et GHS) qui traduisent une moyenne de prise en charge, et s'agissant de la CM24, de la distinction ambulatoire strict (date d'entrée = date de sortie), et séjour avec nuitée (Date de sortie = date d'entrée + 1). De fait, les coûts de ces groupes, et par suite les tarifs qui en découlent reflètent cette moyenne et s'agissant des FCS, survalorisent probablement la prise en charge.

Nous avons simulé ce qui se passera en V11, du fait de la disparition de la CM24. Le tableau ci-dessous montre ce à quoi on peut s'attendre en terme de tarifs et d'activité (données 2007). (*Attention, il convient de ne retenir que les ordres de grandeur, les tarifs indiqués étant pour l'instant provisoires*)

La V11 comporte un GHM d'IVG qui n'existait pas en V10 : 14Z08Z. Si les tarifs d'IVG relevaient du droit commun (et on sait que ce n'est pas le cas), l'étude de coût permettrait d'établir un tarif d'environ 569 €

Les FCS conduiront désormais dans les racines de GHM 14C05 ou 14Z04.

Pour la 14C05 (avec curetage, aspiration ou hystérotomie), un groupe "en J" regroupant les seuls séjours de 0 jours avec intervention a été créé : son tarif se rapproche du tarif issu des coûts du GHM IVG (633 €), mais à coup sûr il reste éloigné des vrais tarifs IVG (issus de l'arrêté de 2004 modifié).

Pour la racine 14Z04 (sans intervention), un groupe "en T" a été créé, regroupant des séjours de 0 ou 1 jour. Son tarif serait lui, inférieur au tarif estimé IVG (si droit commun) (442 €).

Nota : le 14C05J a un tarif supérieur, bien que regroupant des séjours de 0 jours stricts, ce qui est à rapprocher du fait qu'il s'agit d'un groupe chirurgical (avec intervention).

**En conclusion : la contradiction apparente entre tarifs des FCS et tarifs des IVG s'explique totalement par les modèles fondamentaux sur lesquels ils reposent.**

**Ainsi, la V11 améliorera le problème constaté, sans toutefois pouvoir le résoudre à elle seule.**

racine	ghm_v11	niveau	libellé	effectif national	dms	Borne basse	borne Haute	tarif GHM provisoire
14C05	14C05J	J	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie, en ambulatoire	21858	-			633 , 60
14C05	14C05Z	Z	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie	18850	1,66	1	4	976 , 25
14Z04	14Z04T	T	Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie, très courte durée	6261	-			442 , 94
14Z04	14Z04Z	Z	Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie	7986	1,85	1	4	919.34
14Z08	14Z08Z	Z	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 2 jours	161091	0,22			569 , 15
	14Z08Z		IVG 0 jour	153830	0j			
	14Z08Z		IVG sur 1 jour	7261	1j			

Restant à votre disposition,

Bien à vous

Joëlle

CLINIQUE DES EMAILLEURS  
1 Rue Victor Schoelcher  
87038 LIMOGES

## **IVG CHIRURGICALE**

**- Coût pour la clinique : 196.463 euros**

**Consommables chirurgien : 1.643 euros**

1 calot : 0.128 euros  
1 masque : 0.07 euros  
1 paire gant chirurgical : 0.595 euros  
1 tenue UU : 0.85 euros

**Consommables chirurgie : 24.657 euros**

1 curette : 1.809 euros  
1 poche aspiration 2L serres : 1.517 euros  
1 set de prélèvement serres : 4.524 euros  
1 kit IVG : 8.059 euros  
1 trousse petite chirurgie : 7.77 euros  
1 slip UU : 0.40 euros  
1 aleze 60\*40 : 0.13 euros  
1 sachet de 10 compresses 10\*10 : 0.196 euros  
1 pansement américain stérile : 0.223 euros  
1 dafalgan 1g : 0.029 euros

**Consommables anesthésie : 14.905 euros**

évaluation Sévorane : 10 euros  
1 masque chirurgical : 0.07 euros  
1 filtre : 1.183 euros  
1 amp de Propofol : 0.885 euros  
1 amp de Sufenta (morphinique) : 0.173 euros  
1 amp de Midazolam : 0.156 euros  
1 cathéter Optiva : 0.668 euros  
1 opsite IV : 0.285 euros  
1 Ringer Lactate 500 ml : 0.573 euros  
3 électrodes rondes mousse : 0.062 euros  
1 tenue UU : 0.85 euros

**Consommables panseuse : 1.048 euros**

1 calot : 0.128 euros  
1 masque : 0.07 euros  
1 tenue UU : 0.85 euros

**Coût moyen en ambulatoire : 108.63 euros**

**Coût chirurgical : 26.40 euros**

**Coût anesthésie : 13.68 euros**

**Brancardage : 2.5 euros**

**Traitement administratif : 3 euros**

**- Forfait IVG Chirurgicale : 104.35 euros**

CLINIQUE DES EMAILLEURS  
1 Rue Victor Schoelcher  
87038 LIMOGES

## **IVG MEDICAMENTEUSE**

**- Coût pour la clinique : 172.23 euros**

3 comprimés de mifégyne : 60.00 euros  
2 comprimés de cytotec : 0.65 euros  
Coût moyen ambulatoire : 108.63 euros  
Traitement administratif : 3.00 euros

**- Forfait IVG médicamenteuse : 157.61 euros**

# Clinique Jules Verne.

## REEL 2007 CENTRE IVG

	CIVG
TITRE 1-DEPENSES de PERSONNEL	260 352
Personnel non médical	118 429
Personnel médical	46 248
Personnel extérieur	95 675
TITRE 2-DEPENSES A CARACTERE MEDICAL	34 946
Médicaments	17 158
Dispositifs médicaux	10 060
Sous-traitance med	7 186
Ptit mat et fourm med	542
TITRE 3-DEPENSES A CARACTERE GENERAL	19 149
Loyer	10 805
Charges locatives	4 944
Fournitures de bureau	530
Produits d'entretien	2 030
Autres fourm mat hôtelier	839
TITRE 4-AMORTISSEMENTS	2 813
TOTAL DEPENSES	317 260

	CIVG
TITRE 1-Produits versés par l'AM	142 084
DAC	64 004
Part T2A - IVG	64 004
Part T2A - Consults	14 076
TITRE 2-Autres produits de l'activité hospitalière	37 261
IVG part patient	27 460
Consults part patient	9 801
TITRE 3-Autres produits	0
Subvention CG	
Remboursement consults mineures CG	
Remboursement laboratoire mineures CG	
Remboursement contraceptifs mineures CG	
TOTAL RECETTES	179 345

RESULTAT net	-137 915
--------------	----------

	Valorisation des IVG 2008			Références : <b>1245-DIV-NL -09- S25-001</b>
	Service Emetteur	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
Contrôle de gestion	N. Leray			N° Version <b>1.0</b>
Date	19.06.2009			Date d'application :
Date modification programmée :				
Type de révision :				
Modifications portées :				

## I Distinction entre IVG médicamenteuses et chirurgicales

- 326 IVG chirurgicales
- 86 IVG médicamenteuses

## II Réactualisation du calcul des charges

Dans le premier document, les charges avaient été calculées selon la valorisation des IVG – GHM 14Z08Z – faite par l'ENCC, le coût de l'IVG étant de **525 €**

Le contrôle de gestion du CH de la Dracénie a personnalisé en partie ce coût en estimant :

- Les charges de personnel en dépenses cliniques et médico-technique (anesthésiologie et bloc)
- Les charges en médicaments et DM
- Les charges de structure immobilière

- Les charges de personnel ont été calculées en tenant compte des deux types d'IVG, sur la base du salaire moyen par catégorie de personnel et en fonction des délais estimés.

Pour les IVG chirurgicales, ce sont les délais moyens observés dans le cadre d'une intervention sans complication (env. 12H).

Pour les IVG médicamenteuses, ce sont les délais minimums légaux de prise en charge (3 h).

Les ETP concernés en gynécologie en 2008 en dépenses cliniques :

- 4,6 ETP PH (dont 4 ETP opérateurs),
- 5 ETP infirmiers
- 4 ETP AS
- 4 ETP ASH

Pour le bloc et l'anesthésiologie, ont été pris en compte pour chaque IVG chirurgicale :

- 1 ETP PH anesthésiste
- 1 ETP IADE
- 1 ETP IBODE
- 1 ETP AS pour la préparation de la salle

- Les valeurs de l'ENCC ont été utilisées pour les autres charges.

*Le coût estimé d'une IVG au CH de la Dracénie est ainsi évalué à 556 €.*

Sur cette base, les résultats ont été estimés de la manière suivante :

**Recettes :** (inchangées - source : déclaration d'activité faite à l'ATIH via e-PMSI) :

Montant des recettes : **112 382,81 €**

**Charges :**

Nombre d'IVG pris en compte : 412

Valorisation : 556 €

Montant total des charges : **229 072 €**

Recettes – charges = **112 382,81 – 229 072 = – 116 689,19 €**

**Evolution 2008 - 2009 :**

	Du 1 <sup>er</sup> janvier 2008 au 8 juin 2008	Du 1 <sup>er</sup> janvier 2009 au 8 juin 2009
Nombre d'IVG	184	194 (+ 5,43 %)
Charges	102 304 €	107 864 €
Recettes	50 190,38 €	52 918,12 €
Recettes – charges	– 52 113,62 €	– 54 945,88 €

**III Conseillère conjugale**

Une conseillère conjugale intervient dans le cadre du planning familial. Elle n'intervient pas dans le cadre des IVG. Sa rémunération est prise en charge par le conseil général.

#### IV Impact d'un financement en T2A

Dans l'hypothèse d'une valorisation des IVG à hauteur de 525 €(cf. supra), l'établissement serait nettement moins pénalisé.

##### **Comparaison (€) :**

- Sur la base de la valorisation forfaitaire de l'activité (fonctionnement 2008) :

➤ Recettes forfaitaires – charges  
 $112\,382,81 - 229\,072 = - \mathbf{116\,689,19}$

- Sur la base d'une valorisation T2A de l'activité prévue à 525 € et au regard des mêmes charges (556 €par IVG pour le CHD) :

➤ Recettes – charges  
 $216\,300 - 229\,072 = - \mathbf{12\,772}$

*Toutefois, ces résultats restent à consolider dans le cadre d'une étude plus approfondie des charges du CHD et surtout en toute connaissance de la méthode de valorisation envisagée de l'activité IVG.*

	<b>Réf 14Z04Z " avortement sans aspirat° ni curetage ni hystérotomie"</b>	<b>Réf 14C05Z "avortement avec aspiration, curetage ou hystérotomie"</b>	<b>Réf 24Z15Z "IVG séjour &lt; 2 jours"</b>
<b>Nombre de séjours</b>	<b>5</b>	<b>48</b>	<b>448</b>
<b>Dépenses de personnel</b>	1 120 €	1 301 €	432 €
<b>Dépenses médicales</b> ( médicaments, produits sanguins, petits matériels, et dépenses de logistiques médicales)	213 €	437 €	75 €
<b>Logistique générale</b> (administration, brancardage, services hôteliers)	242 €	207 €	109 €
<b>Restauration</b>	69 €	57 €	9 €
<b>Blanchisserie</b>	17 €	14 €	5 €
<b>Maintenace et amortissements</b>	71 €	78 €	33 €
<b>Coût total à Pontoise en 2007</b>	<b>1 732 €</b>	<b>2 095 €</b>	<b>663 €</b>

## Préservation de l'anonymat des femmes recourant à l'IVG

L'IGAS dans le cadre de sa mission en cours d'évaluation de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception et à l'IVG a indiqué que des établissements de santé ouvraient des dossiers de demande d'AME pour des patientes réalisant des IVG et souhaitant conserver l'anonymat.

Il est difficile de confirmer ou d'infirmer la réalité de telles pratiques qui pourraient être héritées de dispositions anciennes contenues dans la circulaire n°2000/14 du 10 janvier 2000 relative à l'aide médicale de l'Etat.

Cette circulaire prise au moment de la mise en place de la CMU et de la réforme concomitante de l'AME, contenaient en effet, **sans base légale**, des dispositions particulières pour les IVG et pour les personnes en situation de détresse matérielle ou morale.

Aux termes de cette circulaire était prévue : *« la prise en charge par l'AME des frais de soins et d'hospitalisation en cas d'IVG des personnes qui ne peuvent pas prétendre au bénéfice de la couverture maladie universelle de base ni de la protection complémentaire en matière de santé (...). Cette prise en charge de l'IVG par l'AME est intégrale et donne lieu à une dispense totale d'avance des frais. »*.

La même circulaire prévoyait en outre *« la prise en charge par l'AME, pour la part non couverte par l'assurance maladie, de toute personne se trouvant en situation de détresse matérielle ou morale et désirant garder l'anonymat »*.

**Les dispositions de cette circulaire ont été explicitement abrogées par la circulaire n°2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'AME. .**

Le maintien de cette pratique pourrait découler de la volonté d'assurer un parfait anonymat pour les femmes réalisant une IVG.

Concernant l'**anonymat** entourant la réalisation d'une IVG, différentes dispositions existent :

### **Pour les mineures :**

Les mineures relèvent en principe de la couverture sociale de leurs parents. Si la mineure a informé l'un de ceux-ci du recours à une IVG et qu'il a donné son consentement, le régime d'assurance maladie des parents prend en charge les frais relatifs à l'IVG pour la part relevant de l'AMO (80%), le ticket modérateur restant à leur charge ou à la charge de leur organisme complémentaire. L'article L. 2212-7 du code de la santé publique prévoit donc pour les mineures non émancipées le recueil du consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal.

Toutefois, selon le même article, *« Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés »*.

*« Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée »*

Dans ce cas précis, l'article L.132-1 du code de la sécurité sociale prévoit la **prise en charge par les organismes d'assurance maladie de l'intégralité des dépenses exposées à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse.**

**Pour les IVG médicamenteuses réalisées en ville, pour l'ensemble des femmes :**

La question de la confidentialité se pose pour les femmes qui ont la qualité d'ayant droit d'un assuré et qui ne souhaitent pas que leur recours à l'IVG soit connu de celui-ci.

La circulaire N° 04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse fait le constat que les modalités de facturation spécifiques à la médecine de ville ne permettent pas de garantir l'anonymat des femmes dans les procédures de prise en charge, **principalement en raison de l'absence de dispense d'avance des frais.**

**La circulaire prévoit donc que la feuille de soins de la patiente, ainsi que le décompte de remboursement transmis à l'assurée par la caisse de sécurité sociale, soient aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de l'entourage de la femme.** A cet effet, le médecin doit donc sur la feuille de soins la mention " FHV / FMV" (forfait honoraires de villes – forfait médicament de ville).

La même circulaire précise que *« pour les femmes qui tiendraient absolument à préserver l'anonymat, le médecin aura la possibilité de l'orienter vers un établissement de santé, qui seul peut assurer une stricte confidentialité de l'IVG ».*

**La prise en charge à l'hôpital :**

Comme en ville, la réalisation dans un établissement de santé, public ou privé, d'une IVG, médicamenteuse ou instrumentale, donne lieu à la **facturation d'un ticket modérateur** calculé sur la base des tarifs spécifiques arrêtés en juillet 2004 (arrêté du 23 juillet 2004) et partiellement revalorisés par un arrêté du 4 avril 2008 (tarifs des IVG instrumentales), sauf comme dit supra pour les mineures non émancipées sans consentement parental prises en charge à 100% par l'assurance maladie et pour les patientes étrangères non assurées sociales qui doivent régler l'intégralité de l'intervention.

**Une telle facturation ne garantit pas un parfait anonymat aux patientes.**

Afin de préserver la confidentialité des actes, certains établissements, dans la pratique, réclament l'acquittement du TM (ou de la totalité) dès l'admission ou à la sortie de la patiente mais ne procèdent pas aux relances en cas de non paiement.

**Pour les femmes bénéficiaires de l'AME :**

Les femmes bénéficiaires de l'AME (en situation irrégulière, présentes depuis plus de 3 mois sur le territoire et ayant des revenus inférieurs au seuil de la CMUc ) ont accès aux mêmes prestations que les assurés sociaux de droit commun en vertu de l'article L 251-2 du CASF, lequel étend aux bénéficiaires de l'AME la couverture des frais de soins définis à l'article L.321-1 du code de la sécurité sociale. Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'IVG sont couverts à ce titre.

Les femmes bénéficiaires de l'AME sont par ailleurs dispensées de l'avance des frais (L.251-2) et les professionnels se font rembourser par les CPAM.

**La prise en charge dans les centres de planning et d'éducation familiale (CPEF) ne fait pas exception :**

Les centres de planification reçoivent toutes les femmes (majeures et mineures), des gynécologues assurent des consultations et délivrent des prescriptions de contraceptifs.

Les femmes majeures assurées bénéficiant de prestations maladie font l'avance des frais pour ce qui concerne la consultation et les contraceptifs, sauf lorsqu'elles en sont dispensées, ce qui est le cas pour les bénéficiaires de la CMUc et de l'AME.

S'agissant des mineures, l'art L. 2311-4 du CSP prévoit en revanche que "*les CPEF sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs aux mineures désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'analyse et d'examens de laboratoire sont supportés par les CPEF*". Par conséquent, pour les femmes mineures et les femmes ayants droit d'un assuré ou ayant droit d'un bénéficiaire de l'AME pour lesquelles en plus de la consultation, il y a délivrance de contraceptifs par le centre de planification, l'ensemble des frais (consultation et contraceptifs) sont à la charge des conseils généraux. Les états de demande de paiement transmis aux conseils généraux sont anonymes.

## **Annexe 4 : La pratique de l'IVG**



[1]

## Questionnaire IGAS TULLE

**1. Méthodes d'IVG :** quelle est la répartition entre les trois méthodes pratiquées en % ; quels sont les motifs de recours à l'une ou l'autre méthode ?

### Réponse :

**Pour 2007 :** I.V.G médicamenteuses : 52

I.V.G. chirurgicales : 72 sous anesthésie générale, 2 sous anesthésie locale.

**Motif de recours :** délai si  $\leq$  à 7 semaines méthode médicamenteuse.

délai si  $\geq$  à 7 semaines méthode chirurgicale.

**Dérogation :** 1) Peur irraisonnée de l'anesthésie, utilisation du RU entre 7 et 8 semaines si la personne est dans l'enceinte de l'hôpital (pratique effectuée au C.H.U. de Limoges jusqu'à 9 semaines (conférence de 2007).

2) Méthode chirurgicale alors que l'on est à moins de 7 semaines par :

a) Peur des douleurs importantes.

b) Risque d'hémorragies (pathologie sous jacente), plus fréquent avec le RU486.

c) Très jeune âge (14-15 ans), et donc "confort éventuel" de l'anesthésie.

d) Personne violée.

**2. La question de la posologie pour l'IVG médicamenteuse ? :** quels sont les choix de l'équipe en fonction de l'AMM ou des recommandations de la HAS ? existe-t-il un suivi spécifique de la douleur pour l'IVG médicamenteuse ?

### Réponse :

- 3 comprimés de mifégyne.

- 2 comprimés de cytotec 48 heures avec renouvellement de la prise de cytotec si nécessaire le jour même ou les jours suivants.

- Oui les anesthésistes ont un protocole qui est appliqué pour les 2 types d'I.V.G., médicamenteuse ou chirurgicale. A la sortie du service, l'ibuprofène est souvent prescrit ; ayant démontré un rapport tolérance et efficacité intéressant. On reste à leur service, avec un numéro de téléphone mis à leur disposition.

**3. Comment se fait l'articulation entre les différents services ?**

**Réponse :** Au planning familial, il y a une secrétaire pour l'accueil, un médecin qui assure la consultation, l'échographie ; le suivi et une assistante sociale qui fait fonction de conseillère conjugale et qui dispose d'un bureau à côté du médecin.

⇒ Aucun problème de communication et facilité de concertation.

⇒ Le jour de l'intervention, le médecin travaille avec l'équipe soignante du service de chirurgie ambulatoire, aucun souci à ce niveau, équipe agréable, dynamique ; quant à la coordination avec les gynécologues qui assurent les I.V.G. chirurgicales, ils sont toujours disponibles et à l'écoute du médecin du planning en cas de nécessité ; le médecin du planning se déplace dans le service de gynécologie et a toujours la réponse entre deux consultations du gynécologue.

**4. Le circuit de la patiente depuis son entrée au centre hospitalier, entre les entretiens, les consultations et les actes : combien de professionnels est elle amenée à rencontrer ?**

**Réponse :** a) 1<sup>ère</sup> consultation :

- Accueil, rédaction du dossier administratif et réponse aux premières interrogations par la secrétaire.

- Consultation avec le médecin : interrogatoire – examen – échographie – informations.

- Entretien avec l'assistante sociale référente, coordonnés du service données en cas de problèmes.

- Coordonnées des différents partenaires (SOS Violences, différents psychiatres et psychologues ville et CMP).

b) 2<sup>ème</sup> consultation :

- A une semaine d'intervalle avec le médecin et l'assistante sociale (uniquement pour prise en charge spécifique ou éléments manquants lors de la première consultation).

- Consultation avec l'anesthésiste le même jour pour les I.V.G. chirurgicales.

- Intervention 48 heures après la 2<sup>ème</sup> consultation.

- 10 jours après, 3<sup>ème</sup> consultation post I.V.G. avec le même médecin qui les a reçus les 2 premières fois (sauf congés).

## **Annexe 5 : Les méthodes de l'IVG**



### IVG médicale ou instrumentale : choix des femmes et acceptabilité de la méthode

Ces éléments sont tirés d'une étude menée dans un hôpital universitaire écossais (Aberdeen) sur 363 femmes enceintes de moins de 9 semaines dont l'objectif visait à mesurer les préférences des femmes vis-à-vis des différentes méthodes, avant et après l'intervention.

Référence : Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993, 307:714-717.

#### Mesure des préférences a priori

Les femmes recevaient une information identique (sous forme écrite) sur les deux méthodes proposées : IVG médicamenteuse et IVG par aspiration sous anesthésie générale. Elles étaient ensuite invitées à opter pour l'une ou l'autre méthode, en indiquant les raisons de leur choix. Elles pouvaient aussi en cas d'indécision s'en remettre à un tirage aléatoire pour être affectée dans un groupe ou l'autre.

20% ont choisi la méthode médicamenteuse ; 26% l'aspiration ; 54% ont préféré laisser le choix au hasard.

*Plus intéressant encore que la répartition des choix (; on peut penser qu'ils seraient aujourd'hui différents, l'étude ayant été effectuée il y a 15 ans, à une époque où la notoriété des méthodes- surtout pour la médicamenteuse- n'était pas la même ) les raisons avancées pour justifier ce choix manifestent à la fois le caractère profondément différent des méthodes et l'approche très personnelle des femmes quant à leurs avantages et inconvénients .*

Principales raisons du choix de la méthode médicamenteuse<sup>1</sup> : crainte de l'anesthésie générale (59% des femmes concernées), durée du processus (l'aspiration étant considérée comme « trop rapide » pour 21% d'entre elles), méthode jugée moins invasive et plus « naturelle » (21%), volonté de rester consciente pendant l'intervention (8%), crainte de répercussions psychologiques liées à la méthode instrumentale (4%)

Principales raisons du choix de la méthode instrumentale : durée du processus (40% des femmes ayant opté pour cette méthode parce que le processus médicamenteux leur apparaissait « trop lent »), désir de ne pas être consciente pendant l'intervention (39%), crainte des effets secondaires des médicaments (23%), crainte de répercussions psychologiques liées à la méthode médicamenteuse (1%)

---

<sup>1</sup> Les femmes pouvaient citer plusieurs raisons ayant motivé leur choix

*On voit que ce qui est vécu comme avantage par les unes est précisément ce qui constitue un inconvénient pour les autres d'où l'impossibilité de dresser un tableau objectif des avantages et inconvénients respectifs des différentes méthodes*

### **Acceptabilité a posteriori**

Pour des raisons de comparabilité les femmes étaient prises en charge par les mêmes personnels soignant et d'accompagnement quelle que soit la technique utilisée.

A la visite de suivi 2 semaines après l'intervention les femmes étaient interrogées sur la méthode qu'elles préféreraient si elles avaient à subir une autre IVG .

Les résultats de cette interrogation montrent un fort degré d'acceptabilité de la méthode lorsque celle-ci est choisie : que ce soit pour la technique instrumentale ou médicale, seulement 4% des femmes déclaraient vouloir changer de méthode en cas d' IVG ultérieure. En revanche parmi celles qui avaient laissé le hasard décider pour elles on notait une insatisfaction significative vis-à-vis de la méthode médicale : 22 % de celles qui avaient subi une IVG médicamenteuse déclaraient qu'elles opteraient à l'avenir pour une autre méthode. A noter une corrélation élevée entre le degré d'insatisfaction et l'âge gestationnel : 95% des femmes qui avaient mal supporté l'IVG médicamenteuse étaient enceintes de plus de 49 jours (7 semaines). L'insatisfaction tenait essentiellement au niveau de douleur.

### **Conclusions :**

Selon les auteurs de l'article, la préférence exprimée par une patiente doit être le critère prédominant dans le choix de la technique, avant l'âge gestationnel. (à noter que l'étude ne porte que sur des grossesses inférieures à 9 semaines)

*« Women who wish to use a particular method should be allowed their choice, regardless of gestation »*

Par ailleurs pour celles qui sont indécises, la méthode par aspiration sera probablement mieux supportée au-delà de 49 jours (7 semaines)

*Nécessité et intérêt de mener des études de ce type-du point de vue des patientes. Il semble qu'il y en ait bien peu.*

*Cette étude montre -s'il en était besoin- l'importance de laisser aux femmes la possibilité de choisir entre les techniques d'IVG. Non seulement parce que les méthodes présentent des caractéristiques très différentes et que chaque femme en a sa propre appréciation, ce qui constitue un avantage pour l'une pouvant être considéré comme un inconvénient pour l'autre.*

*Mais aussi parce que l'expérience montre qu'indépendamment de la technique une méthode qui a été choisie par la patiente sera mieux supportée par elle.*



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Limoges, le 18 octobre 2007

**DIRECTION REGIONALE  
DES AFFAIRES SANITAIRES ET  
SOCIALES DU LIMOUSIN**

Le Directeur Régional

Service : Programmation Sanitaire et Médico-Sociale  
Dossier suivi par : Dr E. MILOR et Catherine COURTY  
Téléphone : 05 55 45 80 38 ou 80-87

à

Madame le Ministre de la santé, de la  
Jeunesse et des Sports  
Direction générale de la santé  
Sous-Direction promotion de la santé  
et prévention des maladies chroniques  
Bureau MC1  
14 avenue Duquesne  
75350 PARIS 07 SP

C:\Documents and Settings\emilior\Local Settings\Temporary Internet Files\OLK9U.REPONSE à DGS.doc

**(à l'attention de Béatrice Boisseau-Mérieau)**

**OBJET :** Circulaire n°DHOS/01/DGS/MC1/2007/270 du 5 juillet 2007 – Le suivi qualitatif de l'activité d'interruptions volontaires de grossesses médicamenteuses hors établissement de santé.

**P.J :** 1 tableau

Les instructions de la circulaire citée en objet, préconisent de vous adresser avant le 31 octobre 2007, un bilan qualitatif très succinct portant sur l'activité d'IVG médicamenteuse réalisée en 2006 en médecine de ville au plan régional.

A cet effet, j'ai l'honneur de vous transmettre, sous ce pli, un tableau récapitulatif :

- les établissements de santé de la région Limousin ayant signé des conventions avec des médecins de ville permettant ainsi la pratique d'IVG médicamenteuse,
- le nombre de conventions signées,
- le nombre d'actes réalisés,
- les suites observées.

En région Limousin, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses réalisées par les médecins de ville, n'a subi qu'une très légère hausse (*en 2005 : 23 IVG médicamenteuses, en 2006 : 25 IVG médicamenteuses*).

Cela peut s'expliquer par les délais de pris en charge des IVG hospitalières relativement courts (5,1 jours : SAE octobre 2006).

.../...



Le livret d'information "interruption volontaire de grossesse en médecine de ville" a fait l'objet d'une diffusion en juillet dernier, à tous les centres d'IVG des établissements de santé privés et publics de la région, aux médecins gynécologues de ville, aux trois directions départementales des affaires sanitaires et sociales, aux trois conseils départementaux de l'Ordre des Médecins. Les médecins conventionnés ont également été destinataires de la brochure.

signé : Françoise DELAUX.



MILOR, Evelyne

---

De: BOISSEAU-MERIEAU, Béatrice  
Envoyé: vendredi 6 mai 2005 10:33  
À: MILOR, Evelyne; SAMSON, Sylvie  
Objet: bilan CRN

Bonjour,

Je viens de recevoir le bilan IVG contraception du Limousin et vous en remercie.

Le bilan évoque des travaux réalisés sur l'IVG (enquête auprès des femmes, enquête socio-démographique, recommandations auprès des établissements...). Pourriez-vous m'adresser ces éléments? Ils me seraient très utiles pour apprécier les difficultés, réfléchir sur les orientations à donner dans ce domaine.

Le bilan IVG médicamenteuses en ville me laisse perplexe:

0 convention: les médecins préfèrent confier leurs patientes aux établissements. Il n'est pas possible de raisonner de cette façon. Les patientes doivent pouvoir disposer de la possibilité d'un accès à l'IVG en ville. Le travail d'explications est sans doute à poursuivre.

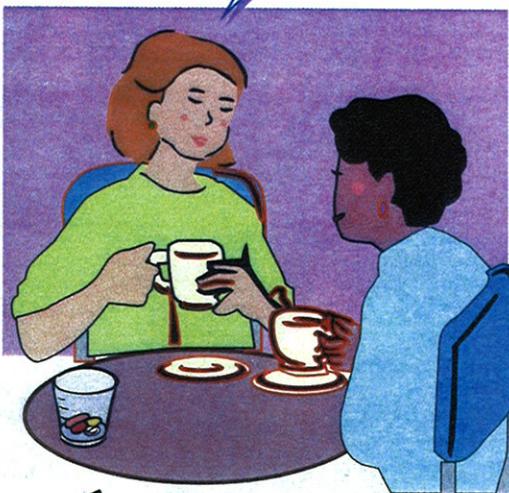
Merci beaucoup.

Cordialement

BBM

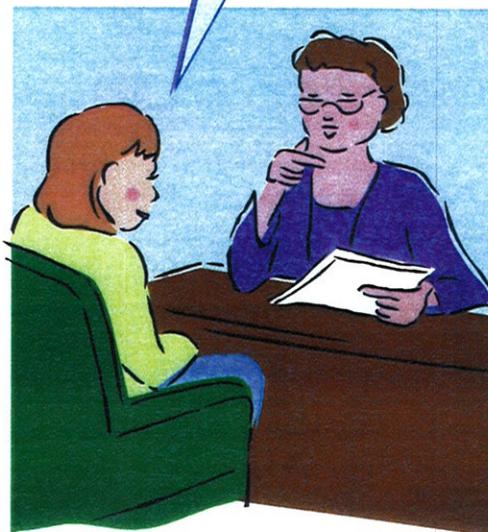


2 jours après je prends les deuxièmes comprimés, en compagnie d'un proche



L'avortement se produit quelques heures à 3 jours plus tard

Une quinzaine de jours après, je fais une visite de contrôle chez mon médecin pour vérifier que je ne suis plus enceinte



Pour en savoir plus, parlez-en à votre médecin

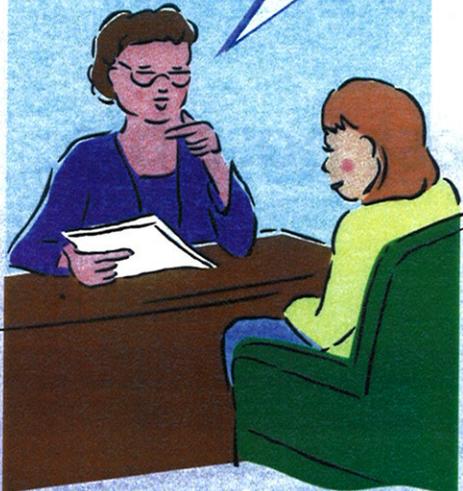
# Avorter à la maison

## C'est possible



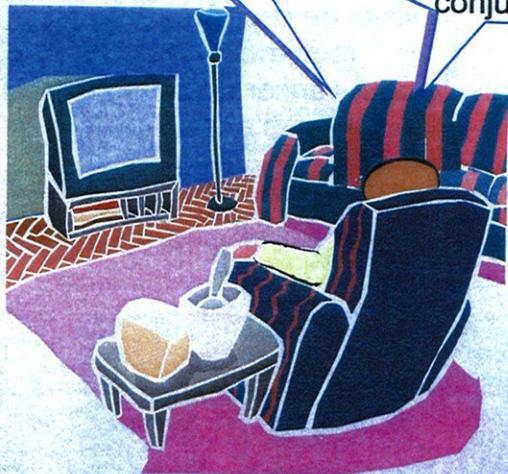
Je suis enceinte et je ne souhaite pas garder cette grossesse

Je vous informe sur les différentes techniques possibles



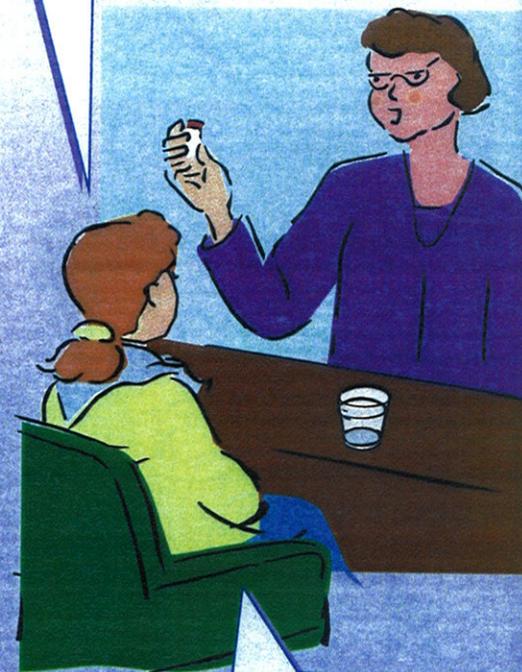
La loi prévoit un délai de réflexion de 7 jours

Si je veux, j'en parle à une conseillère conjugale

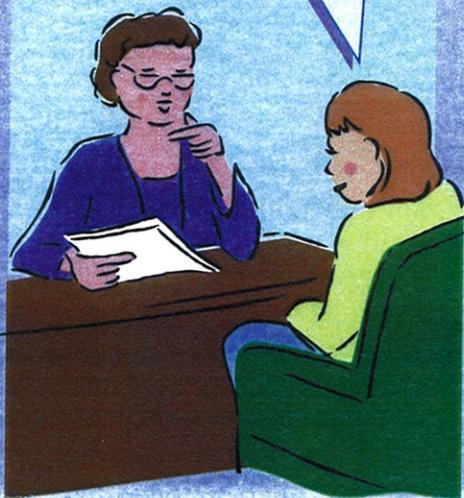


Je suis à moins de 7 semaines depuis mes dernières règles

Je prends les premiers comprimés chez mon médecin



Je choisis la méthode avec des médicaments



Je fais les examens nécessaires



Je règle 191,74 € remboursés à 70% par la Sécurité Sociale

## **Annexe 6 : Les « petites maisons » ou la pratique de l'IVG en Belgique francophone**



## Les « petites maisons » ou la pratique de l'IVG en Belgique francophone

### Personnes rencontrées :

Carole GRANDJEAN, directrice de la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial

Nicholas MENSCHAERT, Fédération Laïque des Centres de Planning Familial

Dr Pierre MOONENS, ancien président de la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial

Dr Dominique ROYNET, Présidente du Groupe d'Action des Centres Extra-hospitaliers pratiquant l'avortement (G.A.C.E.H.P.A)

### Un contexte historique et politique

Comme en France, le débat sur l'avortement a pris son essor en Belgique dans les années septante avec le dépôt en 1971 d'un premier projet de loi qui n'a pas abouti faute de consensus politique. Ce n'est qu'en 1990 qu'a finalement été votée la loi du 3 avril 1990 dépénalisant partiellement l'IVG (et entraînant une suspension de 3 jours du règne du roi Baudoin).

Dans l'intervalle, la Belgique a connu une période marquée par un développement de la pratique de l'avortement en centres extra-hospitaliers (pas de pratique "privée") dans des conditions illégales mais non clandestines, les poursuites ayant été suspendues par accord tacite entre le Ministère de la Justice et les Parquets. Les centres pratiquant les avortements sont déjà des centres de planning familiaux et sont organisés dans le cadre du GACEHPA (groupe d'action des centres extra hospitaliers pratiquant l'avortement).

Le GACEHPA a unifié les pratiques en termes de techniques, délais, tarifs, temps de séjour ,... dans les « petites maison » alors que celles-ci varient beaucoup d'un hôpital à l'autre. Ce sont ces petites maisons qui servent de référence et dont les pratiques ont inspiré la législation.

On compte aujourd'hui en Belgique francophone une centaine de centres de planning familial qui pour bénéficier de l'agrément doivent obligatoirement inclure des médecins. Un quart environ de ces centres pratique l'IVG et adhère au GACEHPA. La majorité d'entre eux sont affiliés à la Fédération laïque de centres de planning familial (FLCPF) qui est l'une des 4 fédérations du planning familial francophone belge .

### A retenir :

*Le dispositif belge est proche de la législation française : l'IVG est autorisée jusqu'à 12 semaines de grossesse( 14 semaines d'aménorrhée), et au-delà en cas de danger grave pour la santé de la mère ou du fœtus (IMG), un délai de réflexion de 6 jours est prévu, le personnel médical peut faire valoir la clause de conscience.*

*Toutefois le régime de l'interruption de grossesse reste du ressort du Code pénal.*

## **Des IVGs en milieu extra-hospitalier**

75% des IVGs en Belgique francophone sont pratiquées en milieu extrahospitalier dans des maisons de ville qui sont également des centres de planning familiaux.

Fruit de l'histoire ces « petites maisons » ont une fonction d'accueil, de prévention et de soin en matière de santé sexuelle et reproductive. Elles assurent l'accès à la contraception et à l'avortement, ainsi que des consultations sociales, juridiques et psychologiques.

Les structures hospitalières qui ont une expérience limitée dans ce domaine n'interviennent que lorsqu'existe une pathologie associée à la grossesse (cardiopathie, par ex). Certaines femmes peuvent également réaliser une IVG en établissement parce que leur médecin y exerce. Les hôpitaux ne réalisent pas d'IVG médicamenteuse car ils ne sont "pas équipés" pour l'accompagnement que nécessite cette méthode.

Du fait de leur histoire et de leur culture les « petites maisons » privilégient un modèle de fonctionnement « démocratique ». Les « accueillantes » (conseillères conjugales, assistantes sociales ou psychologues qui assurent l'accueil et l'accompagnement des femmes) y ont autant sinon plus de pouvoir que les médecins. Les femmes y sont prises en compte et en considération. Ce fonctionnement est présenté par opposition au modèle hospitalier dominé par les médecins, moins accessible et moins porté à l'écoute de femmes qui viennent avec une demande complexe avec un fort contenu affectif.

Les « petites maisons » visitées se caractérisent effectivement par un décor familial très éloigné du milieu hospitalier aseptisé et par une ambiance informelle et dédramatisée.

L'interruption de grossesse y est gratuite pour les assurées sociales, les centres disposent de convention de paiement direct avec l'institut d'assurance maladie. Pour les femmes non assurées le prix de l'intervention ne doit pas dépasser 200 euros (décembre 2008).

### A retenir :

*L'assurance maladie verse aux centres un forfait de 400 euros par IVG quelle que soit la méthode utilisée (aspiration ou médicamenteuse). Il s'agit d'un « tout compris » : entretien, consultations médicales, examens et intervention.*

## **Un protocole éprouvé d'IVG par aspiration sous anesthésie locale**

Même si le choix des femmes constitue le critère majeur jusqu'à la 7<sup>ème</sup> semaine, l'aspiration, qui de fait domine largement, semble avoir la faveur des équipes rencontrées qui insistent sur ses avantages, s'agissant d'une technique rapide et bien maîtrisée.

Les médecins rencontrés soulignent les progrès réalisés grâce à la préparation médicamenteuse qui permet la dilatation du col dans de bien meilleures conditions.

L'intervention est pratiquée sous anesthésie locale. Outre l'absence des risques inhérents à l'anesthésie générale, l'aspiration sous anesthésie locale est par ailleurs considérée comme moins dangereuse au regard du risque de perforation utérine.

La technique est présentée comme simple, (tous les gynécos-obstétriciens savent le faire pour les fausses couches). L'anesthésie locale suppose une qualité de contact pendant l'intervention. Sont présents dans le cabinet : le médecin qui pratique le geste technique, l'accueillante qui a réalisé le premier entretien avec la femme et continue de l'assister, ainsi qu'éventuellement une personne accompagnant la patiente.

Les aspirations sont pratiquées jusqu'à 14 semaines apparemment sans problème particulier (ce n'est pas plus difficile, un tout petit peu plus long, on ne comprend pas ici la sensibilité et les réticences des médecins français ).

Il n'y a pas de personnel soignant (infirmières). Les IVGs pratiquées dans les centres n'ont jusqu'à présent jamais entraîné d'accident (en témoigne l'absence de mise en jeu des garanties d'assurance ) Les centres sont tenus d'avoir un contrat avec un hôpital référent en cas de problème mais dans la pratique ce sont plutôt les hôpitaux qui font appel à l'expérience des « petites maisons » en matière d'IVG.

Les médecins qui pratiquent les IVG sont des généralistes, majoritairement des femmes qui travaillent dans les "petites maisons" quelques heures par semaine en plus de leur activité de généraliste et cette activité de gynécologie médicale leur est utile dans leur pratique de la médecine générale.

Des accords entre les centres extrahospitaliers et le Département de Médecine Générale de l'Université Libre de Bruxelles ont été passés en 2003 et permettent désormais aux étudiants d'effectuer leur stage et leur formation en centre extrahospitalier pratiquant des IVG.

Une formation (mises en situation - jeux de rôle) en 2 journées sur base volontaire ainsi que 14 heures de cours théoriques sont proposés aux étudiants de 7<sup>e</sup>.

Environ 25 étudiants suivent chaque année à l'ULB cette formation (depuis 2004), qui constitue un pré-requis pour effectuer son stage dans un centre de planning familial . Sur ce nombre, 3 ou 4 entameront une formation longue de 2 ans au planning familial.

A retenir :

*La banalisation et la dédramatisation de l'IVG par aspiration*

*L'organisation de la formation des jeunes médecins par les « seniors » de la génération militante pour préparer la relève dans la pratique des IVGs*

### **Un usage conditionnel de l'IVG médicamenteuse**

La promotion du recours à l'IVG médicamenteuse en France est ici considérée comme « exagérée ». L'appétence manifestée en première intention pour cette technique se fonde généralement sur un défaut d'information des femmes, qui les conduit à s'illusionner sur son confort et à en minorer les inconvénients.

En Belgique l'IVG médicamenteuse est utilisée *exclusivement jusqu'à 7 semaines* (au-delà, 100% des IVGs sont pratiquées par aspiration ).

Même dans cette période des 7 premières semaines, elle ne convient pas à tous les cas de figure : ainsi la technique médicamenteuse est considérée comme peu adaptée pour les jeunes filles mineures, surtout lorsqu'elles avortent sans le consentement des parents. De même on préfère l'éviter pour les femmes très culpabilisées qui sont plutôt orientées vers la méthode chirurgicale. Au total, *la méthode médicamenteuse représente 25% des IVGs réalisées jusqu'à 7 semaines.*

Les interlocuteurs/trices rencontrés insistent sur *les inconvénients de la méthode* :

- durée du processus abortif qui s'étale sur plusieurs jours
- charge psychologique en termes de culpabilité, la femme s'avortant elle-même
- douleur et pénibilité (vomissements, diarrhées) qui conduisent parfois à interrompre le processus pour la femme « qui n'en peut plus » et à passer à l'aspiration
- une intervention par aspiration peut être nécessaire pour saignements excessifs, pénibilité, rétention ou échec (1% des cas).

De ce fait le recours à la méthode suppose de *réunir certaines conditions* :

- femmes présentant un profil adéquat (cf + haut)
- de l'espace : l'IVG médicamenteuse suppose la mobilisation pendant une journée d'un local avec WC attendant par femme.
- un accompagnement médical et psychologique jusqu'à l'expulsion
- la présence d'une deuxième équipe apte à réaliser une aspiration à tout moment si le processus médicamenteux est mal supporté (condition sine qua non qui figure dans le règlement du GACEPHA). L'ouverture de cette alternative, à la demande des « accueillantes » (*les médecins ne voient pas la souffrance des femmes*) a été vécue comme un vrai soulagement pour les personnels et pour les femmes et permis de recourir à l'IVG médicamenteuse dans un climat plus serein.

Toutefois pour les femmes motivées qui ne présentent pas de contre indications, l'IVG médicamenteuse peut se faire à domicile (mais le cas semble rare)

***A retenir :***

*La pratique dans de bonnes conditions de l'IVG médicamenteuse n'est pas un facteur d'économies*

*La méthode ne convient pas à toutes les femmes qui doivent pouvoir faire un choix éclairé*

*Ses inconvénients sont mal connus des médecins qui restent à l'écart du vécu des femmes*

*Il faut offrir une voie de recours (aspiration) si le processus se passe mal*

### **Une vision intégrée de l'IVG et de sa prévention**

La pratique de l'IVG dans les « petites maisons » permet aux personnels d'aborder autrement la prévention. La confrontation à l'échec, que représente en l'occurrence l'IVG, remet en cause bien des approches théoriques.

Un médecin qui réalise des IVGs n'envisagera pas la contraception de la même façon que son confrère qui n'en fait pas.. Ainsi les médecins hostiles à la pose d'un DIU chez les nullipares sont souvent ceux qui ne font pas d'avortements.

*Une vision avant tout pragmatique* : « la meilleure contraception c'est celle qu'on a dans la tête » (même si c'est la méthode Ogino ... bien intégrée le risque d'échec n'est sans doute pas plus important qu'une pilule imposée à une patiente réticente ).

La *pilule* demeure dans les faits la première contraception pour les jeunes, (le stérilet qui impose un examen gynéco étant peu adapté à une première contraception) mais il s'agit d'une *norme imposée par les adultes*. La régularité qu'elle suppose est en décalage par rapport à une activité sexuelle occasionnelle, souvent imprévue et vécue dans la clandestinité et avec une certaine culpabilité.

Les solutions de type patch, anneau, implant, ... seraient souvent mieux adaptées mais leur coût est un obstacle majeur .

La politique des laboratoires pharmaceutiques fondée sur la promotion commerciale de pilules chères et non remboursées et dont les vertus supposées sont particulièrement appréciées des jeunes utilisatrices (cf Yasmine la « pilule qui fait maigrir ») est considérée comme la porte ouverte à l'IVG , le coût du produit étant souvent un motif d'arrêt de la contraception. (l'arrêt de Yasmine est un motif fréquent d'IVG).

On observe une relation directe entre une éducation culpabilisante sur les sujets relatifs à la sexualité et la difficulté d'avoir un comportement préventif en la matière.<sup>1</sup>

Quelques propositions :

*Il faut multiplier les points d'entrée et les sources de dépannage en matière de contraception. Si un contrôle médical reste nécessaire (une fois par an, ou tous les deux ans, selon les femmes), un refus de délivrance de pilule pour cause d'ordonnance périmée ou d'absence d'ordonnance ouvre la voie à l'IVG.*

*La pilule du lendemain doit être considérée comme un médicament d'urgence indispensable figurant dans toute trousse de secours domestique, automobile, scolaire, ...*

La pilule en vente libre n'est pas inenvisageable d'un point de vue médical (les risques médicaux pour les JF sont limités) mais pose en revanche le problème de l'absence de conseil et de la pression commerciale.

*A retenir :*

*En Belgique non plus les nouveaux contraceptifs ne sont pas remboursés. Il s'agit d'une politique délibérée des laboratoires qui au début des années nonante ont engagé -et gagné- une action en justice contre le gouvernement belge pour obtenir le déremboursement. La loi a dû être modifiée pour sauvegarder le statu quo mais les laboratoires ont cessé de demander le remboursement des derniers produits commercialisés.*

*A la différence de la France l'éducation sexuelle à l'école n'est pas une obligation.*

**Annexe : extrait d'une brochure d'information de la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial sur « la pilule contraceptive »**

---

<sup>1</sup> Cf « étude du parcours contraceptif des adolescentes confrontées à une grossesse non prévue » N Moreau, Dr B Swennen, Dr D Roynet, Ed GACEPHA, 2006

Une boîte de 3 plaquettes de pilules peut coûter de 8,92€ à 27,59€.

Très peu de types de pilules bénéficient d'un remboursement par la mutuelle. Toutefois, si vous avez moins de 21 ans et si vous êtes en ordre de mutuelle, certaines pilules ne vous coûteront que de 2€ à 5€.

Le prix n'influence ni la qualité ni l'efficacité d'un contraceptif. Demandez conseil à votre médecin ou à un centre de planning familial et choisissez la pilule qui vous convient le mieux au moindre coût.

## Sigles utilisés

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé
AFC	Association française pour la contraception
ANCIC	Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception
ANRS	Agence nationale de recherche scientifique
API	allocation parent isolé
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATPM	Association pour les travailleurs migrants et leurs familles
CESPHARM	Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie
CIVG	centre d'interruption volontaire de grossesse
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CNSF	Collège national des sages femmes
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CSIS	Conseil supérieur de l'information sexuelle
CU	contraception d'urgence
DDPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins
DIU	dispositif intra-utérin
DOM	département d'outremer
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EICCF	établissement d'information, de consultation et de conseil familial
EPPM	étude permanente de la prescription médicale
FHF	Fédération hospitalisation de France
FNARS	Fédération nationale d'accueil et de réadaptation sociale
GRSP	groupement régional de santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut comité de santé publique
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LMDE	La mutuelle des étudiants
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
PRSP	Plan régional de santé publique
REVHO	Réseau ville hôpital
SDFE	Secrétariat d'Etat aux droits des femmes
SMR	Service médical rendu



## Bibliographie

### Ouvrages

ALLEZY V. *L'anneau vaginal contraceptif Nuvaring : exemple de diffusion d'un nouveau moyen de contraception : enquête d'opinion auprès de 170 femmes de 18 à 40 ans de juillet 2006 à septembre 2007 en Ile-de-France*, 2008, 85 p. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, université Paris 7 Denis Diderot.

AMSELLEM-MAINGUY Y., *La contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques*, 2007. Thèse de doctorat, université Paris-Descartes.

ANAES, INPES et AFSSAPS. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique : recommandations*. Paris, ANAES, 2004, 47 p.

ANAES et INPES et AFSSAPS. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique : argumentaire*. Paris, ANAES, 2004, 198 p.

ANAES. *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*, Paris, ANAES, 2001, 95 p.

ANDRE-CORMIER J., *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines : avis du Conseil économique, social et environnemental*. Paris, Ed. des journaux officiels, 2009, 186 p.

Assistance publique-Hôpitaux de Paris., *Bilan d'activité 2007 des centres d'IVG de l'AP-HP de Paris*. Paris, AP-HP

Avortement médicalisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé . Genève, OMS, 2004, 106 p.

BAJOS N. et al. *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*. Paris, INSERM, 2002, 348 p.

BARUCH F. et GALLARD C., Groupe de travail : information, éducation des jeunes à la sexualité, Service des droits des femmes, Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, 1999, réed. 2009, 14 p.

BECK F et GUILBERT P. et GAUTIER A. (dir). *Baromètre santé 2005*. Paris, INPES, 2007.

BEDEL CHAUVAUD J., *Connaissances et pratiques du médecin généraliste face à une demande d'interruption volontaire de grossesse*, 2004, 124 p. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, université Paris 7 Denis Diderot.

BELTZER N. et BAJOS N., « De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles » in BAJOS N. et BOZON M. (dir.). *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé*. Paris, La Découverte, 2008.

BENHAMOU O., *Avorter aujourd'hui : trente ans après la loi Veil*. Paris, Mille et une nuits, 2004, 215 p.

BONNIER C. Dr et al. IVG chez les ados, quelles prises en charge, comment prévenir les récidives, quelle prévention en milieu scolaire ?. Fort- de -France, CHU, Unité d'orthogénie.

CHAMBAUD L., KHENNOUF M. et LANNELONGUE C., Enquête sur la rémunération des médecins et des chirurgiens hospitaliers. Paris, IGAS, 2009, 188 p.

CHATENAY G. et al. Délivrance du Norlevo® en Languedoc-Roussillon , 2002-2006 : étude par territoire. Montpellier, DRASS, 2009, 12 p.

CHOQUET M., HASSLER C. et MORIN D., Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (Secteur Public) sept ans après. Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2005, 193 p.

Comité français d'éducation pour la santé, Baromètre santé 2000. Vanves, CFES, 2001.

Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire, Accès à un avortement sans risque et légal en Europe, Résolution 1607, Strasbourg, 2008.

Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS), L'évolution du rôle des lieux et des organismes d'information et d'éducation à la sexualité. Paris, Ministère délégué à la santé et à la cohésion sociale, 2004, 78 p.

DENECHERE A. et al. Contrôle des services d'aide sociale à l'enfance (ASE) et de protection maternelle infantile (PMI) du conseil général de la Guadeloupe : rapport définitif. Paris, IGAS, 2006, 163 p.

Direction générale de la santé, Stratégie d'actions en matière de contraception. Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007, 92 p.

DRASS DDASS Nord-Pas-de-Calais, Baromètre santé jeunes – sexualité et contraception chez les jeunes du Nord-Pas-de-Calais : résultats thématiques. Paris, Ministère de la santé et des solidarités, 2007, 24 p.

EMBERSIN C. et al. Prévention des grossesses non désirées dans trois départements : Rhône, Seine-Saint-Denis, Somme. Paris, FNORS, 2004, 217 p.

Enquête ESPAD 2003. Paris, OFDT-INSERM, 2004

FAUCHER P. et HASSOUN D., Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Paris, Editions ESTEM, 2005, 127 p.

FORGEOT G. et CELMA C., Les inégalités aux Antilles Guyane : dix ans d'évolution. Paris, INSEE, 2009, 31 p.

GELLY M., Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée. Paris, L'Harmattan, 2006, 244 p.

HASSOUN D. et al. Rapport sur la pratique de l'IVG en France : actes du colloque des dixièmes journées nationales d'études sur l'avortement et la contraception. Paris , 1993.

HUBARD L., Enquête sur le Norlevo ® auprès des intéressées, des pharmaciens, et des médecins, sur la ville de Rouen. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, université de Caen, UFR des sciences pharmaceutiques.

Inspection générale des affaires sociales, *Rapport 2007-2008 – Les politiques sociales décentralisées*. Paris, La documentation française, 2008, 169 p.

JASPART M. et al. *Les violences envers les femmes en France : une enquête nationale*. Paris, La documentation française, 2003, 370 p.

JEANDET-MENGUAL E., *Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*. Paris, IGAS, 2002, 82 p.

JEGOUDEZ MOULLIER R. *Prise en charge des interventions volontaires de grossesse de 12 à 14 semaines d'aménorrhée – mémoire pour le DIU Régulation des naissances*, Université René Descartes, Paris V

JOURDAIN-MENNINGER D. et al. *Etude sur la protection maternelle et infantile*. Paris, IGAS, 2006, 51 p.

MATTEI J.-F., *Rapport relatif à l'accès à la contraception d'urgence dans les établissements et dans les pharmacies : rapport présenté au Parlement par Monsieur Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées*. Paris, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.

Ministère de la jeunesse de l'éducation nationale et de la recherche, *L'éducation à la sexualité au collège et au lycée. Guide du formateur*. Paris, SCEREN-CNDP, 2004, 56 p.

Ministère de la justice, *Annuaire statistique de la justice : édition 2008*. Paris, La documentation française, 2009, 376 p.

Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, *La santé des femmes en France*. Paris, La documentation française, 2009, 288 p.

MOSSUZ-LAVAU J., *La vie sexuelle en France*. Paris, Editions de la Martinière, 2002, 466 p.

NARRING F. et MICHAUD P., « Education pour la santé, prévention et promotion de la santé à l'adolescence » in ROUSSEY M. et KREMP O., *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Paris, Doin Editions, 2004.

National Institute for Health and Clinical Excellence, *National cost-impact report : implementing the NICE clinical guideline on long-acting reversible contraception*. Londres, NICE, NICE clinical guideline n°30, 2005, 33 p.

National Institute for Health and Clinical Excellence, *Long-acting reversible contraception : the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception*. Londres, RCGOG, 2005, 192 p.

NISAND I. et TOULEMON L., *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures*. Paris, Haut conseil de la population et de la famille, 2006, 26 p.

NISAND I., *L'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999, 55 p.

Observatoire de la santé de la Martinique (OSM), *Enquête sur les conditions de délivrance du Norvelo®*. Fort-de France, ORS Martinique, 2007, 39 p.

[http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/rapport\\_norlevo.pdf](http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/rapport_norlevo.pdf)

Observatoire expertise et prévention pour la santé des étudiants (EPSE), *Enquête sur la santé des étudiants dans les DOM*. Paris, LMDE, 2008, 8 p.

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), *Les professionnels de santé : comptes rendus des auditions : tome 3 : rapport 2005*. Paris, La documentation française, 2006, 223 p.

POLETTI B., Rapport d'information sur l'application de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Paris, Assemblée nationale, n°1206, 2008, 41 p.

PONS J.-C., VENDITTELLI F. et LACHCAR P., *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention*. Paris, Masson, 2004, 331 p.

STIEN L. Dr, *Comment améliorer la prévention des grossesses adolescentes du Gers*. Rennes, ENSP, 2004.

*Stratégie d'actions en matière de contraception*. Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007, 92 p.

UZAN M., *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998, 65 p.

VANHECKE E., *L'interruption volontaire de grossesse en ville : une opportunité pour améliorer l'accès à l'IVG. Expériences et perspectives en Seine-Saint-Denis*. Rennes, ENSP, 2006, 65 p.

VILCHIEN D., GAL C. et SALZBERG L., *Le statut des conseillères conjugales et familiales*. Paris, IGAS, 2006, 47 p.

ZIMMERMANN M.J., *Rapport d'activité au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes*. Paris, Assemblée nationale, n°2714, 2005, 313 p.

### **Articles de périodiques**

AUBENY E., « Contraceptif post coïtal : pas avant ! » *La Revue Prescrire*, 2005, 25, n°267, p. 868.

AUBENY E. et al. « The Coraliance study : non-compliant behaviour. Results after a 6-month follow-up of patients on oral contraceptives », *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2004, 9, n°4, p. 267-277.

BAJOS N. et al. « Contraception at the time of abortion : high-risk time or high-risk women ? », *Human Reproduction*, 2006, 21, n°11, p. 2862-2867

BAJOS N. et al. « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » *Population et Sociétés*, n°407, décembre 2004.

BAJOS N., LERIDON H. et JOB-SPIRA N., « La contraception en France dans les années 2000. Introduction au dossier », *Population*, 2004, 59, n°3-4, p. 409-418.

BAJOS N. et al. « Les inégalités sociales d'accès à la contraception », *Population*, 2004, 59, n°3-4, p. 479-502.

BAJOS N. et al. « Contraception : from accessibility to efficiency », *Human Reproduction*, 2003, 18, n°5, p. 994-999.

BENNIA-BOURRAÏ S., ASSELIN I. et VALLEE M., « Contraception et adolescence, une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens », *Médecine*, 2006, 2, n°2, p.84-89.

BIRMAN C., « Législation européenne sur l'avortement », *Les dossiers de l'Obstétrique*, 2008, n°372.

BOMBÉREAU G., « La contraception, les grossesses à l'adolescence, les IVG et la sexualité en Guadeloupe », *Info santé*, 2004, n°13.

BOUDAN V., « L'IVG demeure une pratique fréquente », *Info santé*, 2004, n°12.

Centre d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) – hôpital Laënnec – Creil, « Interruptions volontaires de grossesse par association médicamenteuse jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée au centre hospitalier de Creil », Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception, 28 novembre 2005, Amiens.

COLLET M., « Etude de la satisfaction des usagères de maternité à l'égard du suivi des grossesses et du déroulement des accouchements », *études et résultats*, septembre 2008, n°660, 6 p.

« Contraception post coïtale : trop de pharmaciens en défaut », *La revue Prescrire*, 2008, 28, n°300, p.775.

DELOTTE J. *et al.* « Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises », *Gynécologie, Obstétrique, fertilité*, 2008, 36, n°1, p. 63-66.

FAUCHER. P. « L'IVG à domicile », *Réalités en gynécologie-obstétrique*, octobre 2006, n°114.

FAUCHER P., DAPPE S. et MADELENAT P., « Maternité à l'adolescence, analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers », *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2002, 30, n° 12, p. 944-952.

FOURNIER C., « Aider les femmes à choisir leur méthode », *Le concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p.1053-1056.

GARBIN O. *et al.* « Consistency of medical abortion efficacy from 5 through 14 weeks' gestation », *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 2006, 129, n°1, p. 36-40.

GERONIMUS AT., « Teenage childbearing as cultural prism », *British Medical Bulletin*, 2004, 69, n°1, p. 155-166.

GOSSELIN P., « La responsabilité des personnels de l'éducation nationale accompagnant des mineures dans des démarches relatives à une contraception d'urgence ou à une intervention volontaire de grossesse », *Lettre d'information juridique*, n° 128, octobre 2008, p. 36-38.

GOULARD F., « Que fait la sage-femme au Centre d'Orthogénie de la Maternité des Lilas ? », *Les dossiers de l'Obstétrique*, 2008, n°372.

GOULARD H. *et al.* « Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use », *Contraception*, 2006, 74, n°3, p. 208-213.

GROSSMAN D. *et JARVIS S.*, « Should the contraceptive pill be available without prescription ? », *British Medical Journal*, 2009, 338, n°7688, p. 202-203.

- HASSOUN D. « Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : alternatives à l'hospitalisation en gynécologie-obstétrique », *La lettre du gynécologue*, avril 2005, n°301, p. 23-26.
- HENSHAW S. K., SINGH S. et HAAS T., « Tendances récentes des taux d'avortement dans le monde », *Perspectives Internationales sur le Planning familial*, 1999, n° spécial, p. 26-30.
- HENSHAW RC. et al. « *Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration : women's preferences and acceptability of treatment* », *British Medical Journal*, 1993, 307, n°6906, p. 714-717. *La revue du praticien*, 2008, 58, n° 1
- LAMARCHE J. et MATET N., « L'accès en urgence : le dispositif actuel », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p. 1051-1052.
- LERIDON H. et al. « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population et sociétés*, 2002, n°381, 4 p.
- MARIE P., CHAMPOLLION S. et OURABAH R., « Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ? », *Exercer*, 2008, 19, n°80, p. 13-16.
- MATET N., « La contraception d'urgence, une méthode « de rattrapage », *Vocation Sage- Femme*, 2008, 7, n°64, p. 11.
- MATET N., BASSET B. et DAB W., « Sages-femmes et contraception : une opportunité à saisir », *La Revue Sage-Femme*, 2005, 4, n°2, p. 53-56.
- MOREAU C. et al. « Frequency of discontinuation of contraceptive use : results from a French population-based cohort », *Human Reproduction*, 2009, 24, n°6, p. 1387-1392.
- MOREAU C. et al. « The effect of access to emergency contraceptive pills on women's use of highly effective contraceptives : results from a French national cohort study », *American Journal of Public Health*, 2009, 99, n°3, p. 441-442.
- MOREAU C. et al. « Contraceptive failure rates in France : results from a population-based survey », *Human Reproduction*, 2007, 22, n°9, p. 2422-2427.
- MOREAU C. et BAJOS N., « *Impact de la démedicalisation d'accès à la contraception d'urgence en France* », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p. 1047-1050.
- MOREAU C. et al. « *The remaining barriers to the use of emergency contraception : perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions* », *Contraception*, 2005, 71, n°3, p. 202-207.
- MOREAU C., BAJOS N., BOUYER J., « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population*, 2004, 59, n°3-4, p. 503-517.
- MOSSUZ-LAVAU J., « Le planning familial reste essentiel », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2595, 6 février 2009, p. 42-43.
- PISON G., « France 2008 : pourquoi le nombre de naissances continue-t-il d'augmenter ? », *Population et sociétés*, 2009, n°454, 4 p.
- POLIS CB. et al. « Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention : a meta-analysis », *Obstetrics & Gynecology*, 2007, 110, n°6, p. 1379-1388.

REGNIER-LOILIER A. et LERIDON H., « Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? », *Population et sociétés*, 2007, n°439, 8 p.

RENARD V. et al. « *Un partenariat original pour former les médecins généralistes* », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p.1057-58.

ROBIN G., MASSART B. et LETOMBE B., « La contraception des adolescentes en France en 2007 », *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2007, 35, n°10, p. 951-967.

ROSSIER C. et PIRIUS C. « *Evolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002* », *Population*, 2007, 62, n°1, p. 57-90.

SINGH S., DARROCH JE., FROSTE J. and the study team, "Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behaviour : the case of five developed countries", *Family planning perspectives*, 2001, 33, n°6, p. 251-259 et 289.

TRUSSEL J. et al. « Should oral contraceptives be available without prescription ? », *American Journal of Public Health*, 1993, 83, n°8, p. 1094-1099.

VILAIN A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 » *Etudes et résultats* n°659, septembre 2008.

WALSH TL. et al. "Effectiveness of the male latex condom : combined results for three popular condom brands used as controls in randomized clinical trials", *Contraception*, 2004, 70, n°5, p. 407-413.

WESTOFF CF., "Contraceptive paths toward the reduction of unintended pregnancy and abortion", *Family Planning perspectives*, 1988, 20, n°1, p. 4-13.

### Sites internet

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), « La prise en charge des femmes françaises », CNGOF, 2000  
[http://www.cngof.asso.fr/d\\_cohen/coA\\_06.htm](http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm)

VAUTRAVERS A. et NISAND I., « IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée - quelles techniques ? 30<sup>e</sup> journées nationales du collège national des gynécologues et obstétriciens français », *CNGOF*,  
[http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/conf2006/conf2006/009/index.htm](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2006/conf2006/009/index.htm)

Avortement, contraception : donnée statistique  
Institut national d'études démographiques (INED)  
[http://www.ined.fr/fr/pop\\_chiffres/france/avortements\\_contraception/](http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/avortements_contraception/)  
Contraception hormonale, expérience étrangère :  
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)  
[http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/contraception\\_accueil.aspx?sortcode=1.48.48.48](http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/contraception_accueil.aspx?sortcode=1.48.48.48)

